
LIBRARY OF THE ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS EDINBURGH

GUIDE

DU

MÉDECIN PRATICIEN.

Ouvrages du même Auteur

QUI SE TROUVENT CHEZ LE MÊME LIBRAIRE.



CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANS NOUVEAU-NÉS, avec deux planches coloriées représentant le céphalæmatome sous-péricrânien et son mode de formation; Paris, 1838, 1 vol. in-8°.. 8 fr. 50 c.

TRAITÉ DES NÉVRALGIES OU AFFECTIONS DOULOUREUSES DES NERFS; Paris, 1841, 1 vol. in-8°. 8 fr. 00 c.

Paris. — Imprimerie Le Normant, rue de Seine, 8.

GUIDE

DU

MÉDECIN PRATICIEN

OU

RÉSUMÉ GÉNÉRAL

DE PATHOLOGIE INTERNE

ET DE THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉES.

PAR F. L. I. VALLEIX,

Médecin de l'Hôtel-Dieu-annexe;
Membre titulaire de la Société médicale d'observation et de la Société anatomique,
Auteur de la *Clinique des Maladies des Enfans nouveau-nés,*
du *Traité des Névralgies,* etc.

TOME VIII.

A PARIS,

CHEZ J. B. BAILLIÈRE,

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,

RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 17.

A LONDRES, CHEZ H. BAILLIÈRE, 219, REGENT-STREET.

1846

GUIDE

DU

MÉDECIN PRATICIEN.



LIVRE CINQUIÈME
(SUITE).

MALADIES DES VOIES GÉNITO-URINAIRES.



Nous voici arrivés à un point des maladies génito-urinaires qui exige une division particulière. Quelques-unes de ces maladies sont communes à l'homme et à la femme : telles sont la *blennorrhagie*, la *blennorrhée* et les affections *syphilitiques primitives;* d'autres, au contraire, et ce ne sont pas, à beaucoup près, les moins importantes, appartiennent exclusivement à la femme ; ce sont les *maladies de l'utérus* et *des ovaires*, qui ont été maintes fois étudiées sous le nom de *maladies des femmes.* Il faut aussi consacrer un article spécial à la *leucorrhée*, parce que les *flueurs blanches* qui la constituent, et qui sont souvent très-abondantes, peuvent exister indépendamment de toute lésion grave de l'utérus et de toute affection vénérienne, et que

cette maladie exige des soins particuliers. Pour répondre à toutes ces exigences, je diviserai cette partie en deux sections, dans chacune desquelles seront décrits les deux groupes d'affections qui viennent d'être indiqués, et j'adopte d'autant plus volontiers cette division, qu'elle me permettra de présenter, comme dans un traité à part, l'histoire des *maladies des femmes*, ce qui est toujours très-utile pour la pratique.

SECTION PREMIÈRE.

Maladies communes à l'homme et à la femme.

Comme je viens de le dire, cette section comprend un certain nombre de maladies qui, au fond, sont les mêmes dans l'un et dans l'autre sexe, et j'ajoute qu'elles demandent des moyens de traitement dont la plupart ne diffèrent pas, suivant que l'affection se présente chez l'homme ou chez la femme. Cependant, les organes offrant des différences essentielles, il en résulte pour plusieurs de ces affections, soit dans la forme des symptômes, soit dans leur violence, soit dans la marche de la maladie et dans son traitement, des particularités très-importantes à connaître; de sorte que, tout en reconnaissant que ces maladies ont une origine identique, et tout en les rapprochant dans les descriptions suivantes, il faudra nécessairement les considérer séparément chez l'homme et chez la femme. C'est ce que je ferai dans des articles spé-

ciaux. Ainsi je décrirai la *blennorrhagie* et la *blennorrhée*, d'abord chez l'homme, puis chez la femme, de manière à mettre en relief ce qui appartient en propre à l'une et à l'autre. Les praticiens comprendront tout de suite l'importance de cette distinction.

ARTICLE Ier.

HÉMORRHAGIE DE L'URÈTRE.

Je n'ai que bien peu de mots à dire de cette maladie, qui est presque toujours le résultat de violences extérieures, ou un simple phénomène appartenant à la *blennorrhagie* violente, et qui, par conséquent, d'une part est du domaine particulier de la chirurgie, et de l'autre a sa place marquée dans la description de l'urétrite virulente. Je me serais même cru autorisé à passer cette hémorrhagie sous silence, si on n'avait cité quelques cas, quoiqu'en très-petit nombre, où l'écoulement de sang ne reconnaissait aucune des deux causes principales que je viens de mentionner.

L'hémorrhagie de l'urètre a été désignée par quelques auteurs sous les noms d'*urétrorrhagie* et d'*urétro-hémorrhagie*. La plupart se sont contentés de mentionner son existence en parlant de l'*hématurie* ou *pissement de sang*. J'ai dit plus haut qu'il était excessivement rare d'observer cette hémorrhagie en l'absence de toute violence extérieure ou d'une blennorrhagie assez intense. Dans ce dernier cas même, il est bien rare que l'écoulement de sang, lorsque ce liquide sort pur et en assez grande abondance, n'ait pas été provoqué par une de ces

violences. Quant aux cas cités comme des exemples d'hémorrhagie de l'urètre en l'absence de ces causes, ils sont très-peu nombreux. Dans la plupart, on trouve une circonstance remarquable; c'est la suppression du flux hémorrhoïdaire ou menstruel. P. Frank en a rapporté quelques exemples. Parfois même, comme l'ont observé J. Hoffmann, Saxonia et plusieurs autres, l'écoulement de sang par l'urètre se reproduit longtemps aux époques où avaient lieu les flux supprimés.

Cette hémorrhagie se montre presque exclusivement *chez l'homme*, et on pouvait le prévoir d'après ce qui vient d'être dit.

Symptômes. Lorsque la maladie est produite par une violence extérieure, l'écoulement de sang suit promptement la douleur, ordinairement très-vive, causée par la lacération des tissus. Dans le cas contraire, le sang peut commencer à distiller goutte à goutte, sans que le malade ait éprouvé autre chose qu'un peu de *tension* et de *chaleur* dans le canal de l'urètre. Chez un assez grand nombre de sujets, au contraire, la tension est considérable; c'est plutôt une *douleur gravative* qui parfois s'étend sous forme d'irradiations vers la vessie, le périnée et les lombes. Lorsqu'il en est ainsi, il n'est pas rare d'observer un malaise général assez prononcé, et même un léger mouvement fébrile.

L'*écoulement du sang* a lieu d'une manière continue et goutte à goutte. On voit qu'à mesure que le liquide est versé dans l'urètre, il s'échappe au dehors, en obéissant aux lois de la pesanteur. L'*abondance* de cette hémorrhagie n'est jamais très-considérable, et l'on n'observe pas ces jets de sang qui se

remarquent si souvent dans plusieurs autres. Le *sang* sort pur, avec tous ses caractères normaux, et non mélangé à l'urine, ce qui est un point important pour le diagnostic. Cependant, si la source de l'hémorrhagie se trouve vers la région prostatique, il peut arriver qu'une partie ayant reflué dans la vessie, les urines soient ensuite rendues avec une quantité plus ou moins grande de ce liquide. Dans le cas contraire, qui est de beaucoup le plus commun, voici ce qui arrive pendant la miction :

Le premier jet de l'urine est d'abord fortement teint du sang qui se trouvait dans l'urètre, ou qui y a été versé au moment de la première contraction vésicale, puis l'urine sort limpide comme s'il n'y avait pas d'hémorrhagie, et, peu de temps après, le sang recommence à s'échapper goutte à goutte par le méat urinaire.

Pendant la sortie de l'urine, la douleur augmente notablement et se change en une cuisson violente ou un sentiment de brûlure; mais ce symptôme ne saurait être attribué à l'hémorrhagie, dans la presque totalité des cas du moins. Si, en effet, la perte de sang est produite par une violence extérieure, c'est la déchirure de l'urètre, résultat ordinaire de cette violence, qui devient douloureuse lorsqu'elle est en contact avec le liquide irritant qui traverse le canal; et lorsque cette perte survient dans une blennorrhagie, le sentiment de brûlure et de cuisson est, comme on sait, un symptôme propre à cette affection parvenue à un assez haut degré d'intensité.

Ordinairement l'hémorrhagie ne *dure* que quelques instans; quelquefois le sang continue à distiller

pendant une ou plusieurs heures, mais jamais l'écoulement ne se prolonge de manière à devenir très-inquiétant. Seulement il peut se reproduire plusieurs fois en peu de jours, ce qui exige des moyens assez actifs.

Parfois, ainsi que nous l'avons vu plus haut, l'hémorrhagie s'effectue à la fois au dehors et dans la vessie. Le sang versé dans ce dernier organe peut être en assez grande abondance pour qu'il en résulte un trouble de la miction, et même la *rétention d'urine.*

Le *diagnostic* ne présente pas de difficultés. Il suffit de remarquer que le sang s'écoule goutte à goutte et d'une manière continue, pour que sa source soit reconnue, quand même il refluerait en partie dans la vessie, pour être ensuite rejeté avec les urines, ce qui est fort rare. Dans les cas ordinaires, on peut, si on a quelques doutes sur le siége de l'hémorrhagie, faire uriner le malade. S'il s'agit d'une hémorrhagie de l'urètre, on voit, en effet, comme je le disais plus haut, l'urine devenir claire après le premier jet, ce qui est bien loin d'avoir lieu dans les cas d'hématurie rénale et vésicale; car si les premiers jets d'urine sont teints de sang, il y a surtout cela de remarquable, que c'est vers la fin de la miction que le liquide sort plus foncé, et présente assez souvent des caillots. J'en ai assez dit pour montrer que le *pronostic* de l'hémorrhagie de l'urètre ne saurait être grave.

Traitement. Le traitement de cette maladie est nécessairement très-simple. Je n'ai pas à m'occuper ici des lésions, des lacérations produites par les violences extérieures, ni de la blennorrhagie. Il ne s'agit

que des moyens qu'on doit diriger contre l'écoulement de sang lui-même.

Si cet écoulement est très-peu abondant, il ne faut pas chercher à l'arrêter, car bientôt il s'arrêtera de lui-même, et il pourra en résulter du soulagement pour le malade, quelle que soit la cause qui l'a produit. Dans le cas contraire, on fait une ou deux *saignées* générales ou locales, s'il y a des symptômes de réaction, puis on commence par envelopper la verge de *compresses trempées dans l'eau froide*, que l'on peut aussi appliquer sur le périnée, surtout si on a lieu de croire que la source du sang est vers la région prostatique. On peut ajouter à l'eau un peu de *vinaigre*, d'*extrait de Saturne*, *d'eau de Goulard*, etc., si la simple impression de l'eau froide paraissait ne pas devoir suffire. De la *limonade froide* pour boisson, un *régime* un peu sévère, le *cathétérisme* si le sang afflue dans la vessie en quantité assez considérable pour gêner la miction, et la *position de la verge* complètent le traitement. Un mot seulement sur cette dernière précaution : la verge doit être maintenue relevée sur l'abdomen sans être comprimée ; de cette manière on empêche, d'une part, l'afflux du sang vers le point où l'hémorrhagie a sa source, et, de l'autre, on favorise la formation de petits caillots qui obstruent les orifices d'où il s'échappe. C'est surtout dans les cas de dilacération du canal que cette précaution est nécessaire.

ARTICLE II.

BLENNORRHAGIE CHEZ L'HOMME.

La blennorrhagie est une de ces affections extrêmement communes dont tous les symptômes peuvent être étudiés avec facilité; aussi est-elle parfaitement connue, et tout le monde est-il d'accord sur sa symptomatologie. Il n'en est pas de même relativement à quelques questions très-difficiles qu'elle soulève, et sur lesquelles se sont élevées des discussions qui, selon toute apparence, ne sont pas près de finir. Ce sont celles qui ont rapport à sa nature. Les uns la regardent comme une forme de la syphilis, les autres n'y voient, dans la très-grande majorité des cas du moins, que le résultat de l'inoculation d'un virus particulier différent du virus syphilitique, d'autres enfin la considèrent comme une simple inflammation de la muqueuse urétrale, à moins qu'elle ne soit compliquée d'un chancre apparent ou larvé. Dans l'article qui va suivre je ne traiterai ces questions que sous le rapport pratique, et je m'étendrai aussi peu que possible sur les points dont l'élucidation ne peut pas avoir d'influence directe sur le traitement de la maladie. Quelque intérêt que présentent, en effet, les discussions dont je viens de parler, elles nous entraîneraient trop loin, dans un ouvrage de la nature de celui-ci, si nous n'éloignions pas avec soin toute la partie purement théorique.

On a beaucoup disserté pour et contre l'origine antique de la syphilis. L'obscurité des passages où se trouvent décrits les symptômes qui peuvent se rapporter à cette affection prête beaucoup

sans doute à la discussion, et la blennorrhagie n'a pas pu échapper aux doutes qui se sont élevés sur l'existence des affections syphilitiques dans les premiers temps historiques. Cependant aujourd'hui, après avoir rassemblé tous les documens, depuis ceux qu'on trouve dans le *Lévitique* jusqu'à ceux que nous ont laissés les médecins grecs, latins et arabes, on est arrivé à conclure, malgré les objections de quelques auteurs, que les affections syphilitiques, et surtout la blennorrhagie, ont existé de tout temps; mais nous devons nous borner à cette indication. Quelle que soit, en effet, l'opinion qu'on embrasse, il faut reconnaître que les affections dont il s'agit avaient été décrites d'une manière beaucoup trop sommaire et souvent confuse, avant que les épidémies du XVe et du XVIe siècle eussent attiré d'une manière toute particulière l'attention des médecins; car autrement il n'y aurait pas eu de discussion. C'est donc aux auteurs venus après cette époque que nous devons exclusivement nous adresser, et il n'y aurait aucun avantage pour nous à remonter plus haut.

Comme je n'ai nullement la prétention de présenter ici un historique détaillé de cette maladie, je me contenterai de dire que Cockburne (*The symptoms, nat., caus. and cure of Gonorrhœa; Lond.*, 1715) démontra le premier que la gonorrhée n'est pas un flux de semence; que Morgagni (*De sed et caus. Morb.*, Ep. 44) commença à éclairer l'anatomie pathologique de cette affection; que Murray (*De Mat. arthr., etc.; Göttingue*, 1785), et J.-P. Frank sont les principaux auteurs qui ont soutenu l'existence des blennorrhagies spontanées ou de cause interne;

que Benj. Bell, Astruc, J. Hunter [1] et un grand nombre d'autres auteurs célèbres ont agité les principales questions qui se rattachent à la blennorrhagie, et qu'enfin, dans ces derniers temps, les expériences faites à l'aide de l'*inoculation*, et instituées principalement par M. Ricord, sont venues jeter quelque jour sur la question tant controversée de la nature syphilitique ou non syphilitique de la blennorrhagie. J'aurai occasion, dans le cours de cet article, de citer un bon nombre d'écrits, tant anciens que modernes, que je n'ai pas pu mentionner ici.

§ Ier. — Définition; synonymie; fréquence.

On donne aujourd'hui le nom de blennorrhagie à une affection caractérisée par un écoulement muco-purulent du canal de l'urètre, avec des signes d'inflammation aiguë. Ce même écoulement à l'état chronique a reçu le nom de *blennorrhée.* Le caractère essentiel de la blennorrhagie vénérienne est d'être produite par la contagion, et dans l'opinion de beaucoup de praticiens qui regardent le virus blennorrhagique et le virus syphilitique comme identiques, cette circonstance a nécessairement l'importance la plus grande. Il serait donc bien utile de pouvoir dès à présent dire si les écoulemens produits par la contagion peuvent être distingués des écoulemens spontanés, et si l'on pourrait les décrire séparément, les uns sous le nom d'*urétrite* et les autres sous le nom de blennorrhagie; mais tous les auteurs reconnaissent que la chose est impossible, et que rien dans la manière d'être de ces affections d'origine si diverse

[1] *Traité de la Syphilis*, trad. par G. Richelot, avec des additions, par Ph. Ricord; Paris, 1845, in-8°.

ne vient diriger notre jugement, en sorte qu'on est forcé de décrire sous le nom commun de blennorrhagie, et les écoulemens aigus qui se sont développés spontanément ou par suite d'une simple excitation des organes, et ceux, en bien plus grand nombre, qui sont le résultat de la contagion. Cependant, en étudiant certaines causes, j'aurai à signaler quelques particularités qui ont été indiquées comme pouvant servir à établir cette distinction importante.

Le nom de *blennorrhagie*, qui est fort vague, puisqu'il ne désigne que l'écoulement de mucus sans indiquer le siége de l'affection, a été donné par Swédiaur à la maladie qui nous occupe, et il a généralement prévalu. Avant cette époque, on la désignait principalement par le mot de *gonorrhée*, bien plus impropre, puisqu'il signifiait écoulement de semence. Elle a reçu beaucoup d'autres noms; les principaux sont : *urétrite*, *urétrite virulente*, *vénérienne*, *syphilitique*; *écoulement*, *flux de semence*, etc. On la désigne vulgairement sous le nom de *chaude-pisse*, à cause de la cuisson, du sentiment de brûlure que les malades éprouvent en urinant lorsqu'elle a un certain degré de violence.

La très-grande *fréquence* de cette maladie est trop connue pour qu'il soit nécessaire d'en parler. Je dirai seulement qu'il n'y a aucune comparaison à établir entre la fréquence de la blennorrhagie contagieuse et de la blennorrhagie spontanée, à laquelle conviendrait particulièrement le nom d'urétrite. C'est au point que beaucoup de médecins n'ont jamais eu occasion d'observer cette dernière, et que plusieurs ont élevé des doutes sur son existence,

qu'un certain nombre de faits ont cependant fait généralement admettre.

§ II. — Causes ; nature de la maladie.

Il semble qu'il n'y a autre chose à faire que de rechercher les causes de la blennorrhagie non virulente ; car l'autre étant produite par la contagion, l'énonciation de ce fait paraît suffire ; mais nous allons voir qu'on peut encore, même sur cette dernière, présenter quelques considérations étiologiques qui ne sont pas sans importance.

1°. *Causes prédisposantes.*

Si nous examinons d'abord, sous le point de vue des causes prédisposantes, la *blennorrhagie vénérienne*, nous trouvons qu'il n'est point d'*âge* qui ne soit exposé à la contracter. On a vu, en effet, des nouveau-nés et des vieillards la présenter ; car il suffit du contact de l'extérieur de la verge avec le pus blennorrhagique pour que la contagion ait lieu. Dire avec quelques auteurs que la jeunesse est l'âge où cette blennorrhagie se montre de préférence, c'est avancer une proposition à la fois trop naïve et susceptible d'induire en erreur. D'une part, en effet, il est inutile de dire que la maladie survient à l'époque de la vie où l'on s'y expose le plus, et, de l'autre, il semble qu'on attribue à l'âge une influence sur la facilité plus ou moins grande à la contracter. Or possédons-nous des faits concluans qui prouvent la vérité de cette dernière assertion ? L'expérience a-t-elle réellement démontré qu'un homme jeune contracte plus facilement la blennorrhagie qu'un homme plus avancé en âge, toutes choses égales d'ailleurs? C'est ce qu'on ne voit nulle part.

Une remarque faite par tous les auteurs, et dont on peut journellement constater l'exactitude, c'est que certains individus contractent la blennorrhagie avec une facilité extrême, tandis que d'autres jouissent d'une véritable immunité. On a cherché la raison de cette différence dans la constitution et dans l'état des organes génitaux, et voici ce qu'on a avancé:

Sous le rapport de la *constitution*, on a affirmé que les sujets d'une santé délicate, à fibre molle et d'un *tempérament* lymphatique, étaient ceux chez lesquels on remarquait le plus souvent l'extrême facilité à contracter les écoulemens blennorrhagiques, tandis qu'une constitution opposée fournissait les rares sujets que le virus ne peut atteindre. Cela ne paraît nullement improbable, mais nous manquons de recherches assez précises pour nous prononcer avec certitude.

Quant à l'*état des organes génitaux*, les assertions des auteurs sont encore bien plus dénuées de preuves concluantes. Le *peu de developpement de la verge*, l'*étroitesse du canal de l'urètre* seraient, d'après quelques-uns, des dispositions qui favoriseraient l'action du virus blennorrhagique. La *longueur du prépuce*, d'où il résulte que le gland reste toujours couvert, rendrait les parties mises ainsi à l'abri du contact des corps extérieurs plus sensibles à cette action, et de plus maintiendrait, après le coït, le pus virulent plus longtemps en contact avec la muqueuse du méat urinaire, tandis que l'habitude d'avoir le gland découvert rendrait, par des motifs opposés, la contagion plus difficile. Je me borne à présenter ces indications; les preuves convaincantes nous manquent, en effet, complétement, et c'est assez d'énoncer de simples

probabilités. J'ajoute que, dans un bon nombre de cas, rien ne rend exactement compte de cette immunité dont nous parlons, ou de la disposition si grande qu'ont certains sujets à prendre des écoulemens. Il y a là quelque chose qui échappe complétement à nos moyens d'investigation.

Avant de rechercher les causes qui prédisposent à la *blennorrhagie spontanée ou non vénérienne*, je dois dire que si leur existence est reconnue, il est permis de croire qu'elles doivent constituer des causes prédisposantes d'une importance réelle pour la blennorrhagie contagieuse. Si, en effet, dans les conditions où se trouvent les sujets dont nous allons parler, il suffit d'une simple stimulation des parties ou d'un excès de boisson pour donner lieu à l'écoulement urétral, à plus forte raison cet effet devra-t-il se produire sous l'influence d'un coït impur. Je ne donne pas néanmoins le fait comme certain; c'est une présomption qui m'a paru mériter une mention, parce qu'elle a une certaine importance au point de vue prophylactique. Voyons maintenant quelles sont les causes prédisposantes auxquelles je viens de faire allusion.

Parmi les causes prédisposantes de la blennorrhagie spontanée ou non virulente, on place en première ligne le *vice rhumatismal ou arthritique*. Aux auteurs que j'ai précédemment cités comme admettant l'existence de cette cause il faudrait en joindre un bon nombre d'autres qui ont présenté des faits à l'appui de cette opinion; car, de toutes les blennorrhagies spontanées, c'est la *blennorrhagie rhumatismale* qui est regardée comme la plus fréquente. Ce qui a principalement fait admettre cette espèce,

c'est que, chez certains sujets, on voit le déplacement de douleurs articulaires plus ou moins anciennes être suivi parfois d'un écoulement urétral, et même, s'il faut en croire quelques auteurs, cet écoulement disparaître assez souvent pour céder la place à de nouvelles douleurs rhumatismales. On sent combien il est difficile d'apprécier à sa juste valeur l'influence de cette cause : tant de personnes ont des motifs de toute espèce, non seulement de dissimuler aux autres, mais de se dissimuler à elles-mêmes la possibilité d'un coït suspect; tant d'autres sont les premières trompées, que les observations de ce genre devraient être prises avec le soin le plus minutieux, ce qui serait loin encore de faire disparaître toutes les chances d'erreur. A plus forte raison doit-on craindre de se tromper, lorsque l'on n'a pour s'éclairer que des faits recueillis sans que toutes les précautions aient été prises.

Les mêmes réflexions s'appliquent à l'étiologie de la *blennorrhagie* désignée sous le nom de *catarrhale* par plusieurs auteurs, et en particulier par Hecker et Swédiaur. Cependant il est nécessaire de signaler quelques faits importans qui font penser que certaines *constitutions épidémiques* prédisposent singulièrement à cette affection. On trouve dans l'ouvrage du docteur Ozanam (*Hist. méd. des Mal. épid.*, t. IV) la relation d'une petite épidémie de blennorrhagie regardée comme catarrhale et non vénérienne, et les auteurs du *Compendium* (art. *Blennorrhagie*) citent des observations du même genre rapportées par Blas. Ces faits ont naturellement porté à admettre que certaines *saisons*, certains *climats*, et en particulier les saisons et les climats froids et humides, pré-

disposent à la blennorrhagie non vénérienne. Procédant comme pour la blennorrhagie rhumatismale, on s'est surtout appuyé, pour démontrer le caractère catarrhal de celle dont il s'agit ici, sur ce que plusieurs des sujets qui l'ont présentée avaient d'autres affections des diverses membranes muqueuses qui ont reçu le nom de catarrhes.

On a quelquefois observé un écoulement urétral chez des enfans pendant la *dentition*. J'ai déjà indiqué ces cas, et en particulier ceux qui ont été signalés par Hunter, dans l'article consacré à la *dentition difficile* (*voy* tom. IV). M. Pigeaux (*Recherches sur la Blennorrhagie non syphilitique*, Arch. gén. de Méd., 2e série, t. II, p. 56) dit qu'il a « eu quelques occasions de voir, chez des jeunes gens de dix-huit à vingt-cinq ans, l'apparition des dernières molaires, connues sous le nom de dents de sagesse, s'accompagner d'un écoulement qui cède le plus souvent avec les symptômes de réaction qu'a déterminés le développement des nouveaux germes dentaires. » Il est fâcheux que M. Pigeaux ne nous ait pas donné les observations détaillées de ces cas intéressans; car, quelques occasions qu'il ait eues d'en voir, il faut reconnaître néanmoins qu'ils sont fort rares, et par conséquent leur étude très-attentive ne pourrait qu'être instructive.

Je citerai enfin la *constipation*, l'*usage immodéré des liqueurs fermentées*, une *excitation permanente des organes génitaux*, influences qui doivent, il est vrai, être regardées principalement comme des causes occasionnelles, et sur lesquelles je vais avoir aussi à revenir, mais qui cependant, lorsqu'elles ne sont pas portées au point de produire la maladie, peuvent

mettre seulement les organes dans une disposition telle, que la plus légère cause déterminante produit l'écoulement, et, en pareil cas, sont bien réellement des causes prédisposantes.

2°. *Causes occasionnelles.*

La cause occasionnelle unique de la *blennorrhagie vénérienne* est évidemment la contagion; mais la contagion se produit de plusieurs manières. Presque toujours elle résulte d'un *coït impur*. Dans certains cas, on la voit survenir à la suite du simple contact du méat urinaire avec le pus blennorrhagique; c'est ce qu'on observe principalement chez les nouveau-nés, qui peuvent contracter un écoulement au passage; mais qui, bien plus souvent, gagnent une affection de même nature, mais différente de siége, et principalement l'*ophthalmie blennorrhagique*. En un mot, il suffit que la matière d'un écoulement virulent soit appliquée sur l'ouverture du canal de l'urètre pour que la blennorrhagie ait lieu; mais de toutes les applications, celle qui a lieu pendant le coït est la plus propre à engendrer la maladie.

Plusieurs circonstances peuvent rendre la contagion plus facile. Nous avons déjà vu ce qui a été dit à ce sujet par les auteurs à propos de certaines causes prédisposantes. Il faut ajouter ici que la *prolongation du coït*, l'*hypospadias* qui met en contact une grande surface du méat urinaire avec le pus blennorhagique, le défaut de certaines précautions après un coït suspect, comme de se laver, d'uriner, etc., peuvent favoriser la contagion; mais je n'insiste pas sur ces faits bien connus de tout le monde.

Je dois dire quelques mots d'un mode de transmission de la blennorrhagie virulente, d'où résulte l'infection par voie indirecte. Un seul fait de ce genre existe, je crois, dans la science : nous le devons à M. Tazentre (*Obs. d'urétrite communiquée par l'ingest. de l'écoul. blennor. dans les voies digest.*, Arch. gén. de Méd., 2e série, tom. II, p. 241). Cet auteur a vu une blennorrhagie intense survenir après l'ingestion continuée pendant huit ou dix jours de la matière d'un écoulement vénérien qu'on mêlait à du lait froid, à de l'orgeat, à du beurre, dans des intentions malveillantes. C'est sur une femme que cette observation a été prise; mais il est bien évident que le fait peut être appliqué à l'homme. Ce qu'il y a de remarquable est uniquement la transmission de la blennorrhagie par les voies digestives. On comprend, il est vrai, difficilement, comment cette matière de l'écoulement a pu passer dans l'estomac et de là dans la circulation, sans que le virus y subît cette neutralisation qu'y éprouvent les venins, comme le venin de la vipère ; mais M. Tazentre s'est entouré de tant de précautions pour éviter l'erreur, il a étudié le fait avec tant de soin, il s'est si bien assuré que la contagion ne pouvait pas venir d'ailleurs, que tout en reconnaissant qu'un seul fait est bien peu de chose pour établir l'existence d'une pareille cause, on ne peut s'empêcher d'en tenir compte. M. Tazentre ajoute, suivant le rapport de l'homme qui avait mêlé aux alimens ou aux boissons le pus blennorrhagique, que cette pratique n'est pas rare aux colonies ; mais c'est là un *on dit* qui ne saurait avoir pour nous une valeur réelle.

Les causes occasionnelles de la *blennorrhagie non*

vénérienne offrent un plus grand nombre de points à étudier. Parmi elles nous trouvons d'abord celles qu'on a désignées sous le nom de causes mécaniques, et qui produisent une blennorrhagie que Swédiaur a nommée *blennorrhagie mécanique :* ce sont la *masturbation,* les *excès vénériens*, des *attouchemens* trop souvent répétés, l'*équitation* prolongée, et surtout, suivant Hecker, les longs voyages sur des chameaux, la présence d'une *sonde dans l'urètre*, un *corps étranger* dans ce canal, et parfois même dans la vessie, en un mot tout ce qui entretient une irritation permanente ou presque permanente des parties génitales.

Tous les auteurs ont signalé une blennorrhagie qui survient *à la suite du coït avec une femme affectée de simples flueurs blanches*, ou d'*écoulemens résultant de cancers ulcérés* de l'*utérus*, ou *pendant les règles.* Il n'est pas douteux que bien souvent on n'ait accusé une simple *leucorrhée* ou les règles d'avoir fait naître cette affection, tandis qu'il fallait la rapporter à la contagion du virus blennorrhagique, méconnu ou nié sciemment. Cependant on a cité des cas assez nombreux où rien ne pouvait faire soupçonner l'existence de ce virus. M. Ricord va même jusqu'à dire que, dans la grande majorité des cas, les hommes contractent la blennorrhagie avec des femmes affectées d'un simple *catarrhe utérin;* mais c'est une opinion qui se trouvera discutée dans le paragraphe suivant.

Parfois certaines *maladies de la peau* s'accompagnent de blennorrhagie. Swédiaur a donné à cette espèce d'écoulement le nom de *blennorrhagie herpétique.* C'est surtout lorsque les parties génitales

sont envahies par une éruption herpétique que l'écoulement se produit. M. Lallemand, entre autres, en a cité des exemples. A ce sujet il se présente une réflexion toute naturelle. Les affections de la peau qui ont une origine syphilitique correspondent à autant d'affections du même tégument qui se déclarent spontanément. Il n'y a, pour les reconnaître, que des nuances de forme, les renseignemens pris sur les antécédens, et la concomitance d'autres symptômes vénériens. N'est-il pas arrivé bien souvent qu'on a attribué à une maladie de la peau une blennorrhagie qui n'était autre chose que le résultat d'une infection vénérienne dont la maladie de la peau (syphilide) était elle-même une conséquence? C'est ce qui ne paraîtra assurément pas improbable; car, dans le grand nombre de faits recueillis pour éclairer cette question, il en est beaucoup dans lesquels on a négligé de rassembler tous les élémens nécessaires pour se former une conviction bien établie.

On a encore cité comme cause déterminante de la maladie l'ingestion immodérée de certaines *boissons fermentées*, et en particulier de la *bière*. Sans prétendre que cette cause n'existe pas, je dois faire remarquer ici que jamais, dans les observations, on n'a tenu un compte suffisant des autres circonstances qui auraient pu avoir une influence marquée sur l'apparition de la blennorrhagie. L'existence d'un coït suspect n'a pas été toujours recherchée avec le soin désirable, et l'on a surtout négligé de s'informer si le sujet n'avait pas été soumis à quelqu'une des autres causes qui produisent la blennorrhagie non vénérienne, et qui viennent d'être passées en revue.

Enfin on a été jusqu'à accuser la *continence* de don-

ner lieu à la maladie qui nous occupe, mais aucun fait convaincant ne vient à l'appui de cette assertion.

Telles sont les causes attribuées à la blennorrhagie. On voit que, malgré l'extrême fréquence de cette affection et les occasions multipliées que tous les médecins ont de l'observer presqu'au moment de son apparition, il reste bien des doutes que les faits ne nous permettent pas de lever. Espérons que de nouvelles recherches viendront jeter un nouveau jour sur le côté encore obscur de ces questions intéressantes.

Jusqu'à présent, en parlant de la contagion, je ne me suis pas expliqué sur la nature du virus qui la produit, et je n'ai pas dit si la blennorrhagie vénérienne ne pouvait être transmise que par le pus blennorrhagique, ou si la matière sécrétée par un ulcère syphilitique pouvait lui donner naissance, et réciproquement. Ce sont des questions que je vais discuter rapidement en traitant de la nature de la maladie.

3°. *Nature de la maladie.*

A l'époque où les maladies vénériennes commencèrent à être étudiées avec tout le soin nécessaire, la blennorrhagie ne fut guère considérée que comme une des formes de la syphilis. On admettait donc implicitement que l'affection était virulente, et que le virus qui la produit n'est autre que le virus syphilitique, ou, en d'autres termes, qu'il n'y a qu'un seul virus. Plus tard, et surtout depuis Benjamin Bell (*Treat. on Gonorr. virul. and lues vener.*; Edin., 1797), plusieurs auteurs nièrent la nature syphilitique de la blennorrhagie, et tout au plus

admirent-ils un virus blennorrhagique particulier. De là des discussions nombreuses et vives, qui ont été reproduites dans ces derniers temps, et dont il est absolument nécessaire de dire quelques mots, parce que, suivant qu'on se fait telle ou telle opinion sur ces points controversés, on est entraîné à une pratique différente.

Ayant eu déjà à m'expliquer sur cette question (*voy. Revue des derniers travaux sur les Mal. syph.*; Arch. gén. de Méd.; juin 1843), et aucun élément nouveau n'étant venu s'ajouter à ceux que nous possédions déjà, je ne saurais mieux faire que de reproduire ce que je disais alors à propos de l'ouvrage de M. Cazenave sur *les syphilides.*

« Déjà Balfour, Duncan et Tode avaient avancé que la blennorrhagie diffère entièrement des autres symptômes syphilitiques dont la nature virulente n'était pas contestée par eux. Benjamin Bell produisit ensuite des argumens que M. Cazenave résume ainsi :

« Le virus vénérien infecte l'économie, ce qui n'arrive pas dans *presque tous* les cas pour la gonorrhée.

« Il est très-rare qu'une personne affectée de chancres, par exemple, donne la gonorrhée, et réciproquement qu'un malade qui a la gonorrhée transmette des chancres ou tout autre accident vénérien.

« Dans le cas où la gonorrhée et les chancres sont observés en même temps, ces symptômes résultent de contacts différens.

« La suppression d'un écoulement ne produit jamais la syphilis constitutionnelle.

« La syphilis devrait être plus fréquente que la gonorrhée, si elles étaient le résultat du même

virus, puisque les parties qui sont le siége des chancres, par exemple, sont plus facilement et plus longtemps en contact avec la matière virulente que l'urètre, siége ordinaire de la gonorrhée. »

« On voit que Bell avait déjà tiré un de ses argumens les plus importans de l'inefficacité de l'inoculation dans les cas de gonorrhée simple; mais c'est une question que nous aurons à examiner un peu plus loin, lorsque nous aurons exposé le résultat des expériences faites dans ces dernières années, principalement par M. Ricord.

« Pour combattre les autres assertions de Bell, M. Cazenave cite des exemples tirés de différens auteurs, et desquels il conclut que Bell a avancé une proposition beaucoup trop exclusive, en disant que les chancres et la gonorrhée ne peuvent pas se produire réciproquement l'un l'autre. Un des exemples les plus frappans, mais malheureusement aussi les moins détaillés, que M. Cazenave ait cités en faveur de sa manière de voir, est le suivant, emprunté à Vigaroux :

« Six jeunes gens eurent tour à tour commerce
« avec la même fille, qui leur donna la vérole à tous.
« Elle se manifesta chez quelques-uns avec les mêmes
« symptômes, chez d'autres avec des symptômes
« différens. Le premier et le quatrième, suivant
« l'ordre dans lequel ils se présentèrent pour être
« traités, prirent des chancres et des poulains; le
« deuxième et le troisième prirent chacun la chaude-
« pisse; les deux autres, l'un un chancre, et l'autre
« un seul poulain. »

« Malgré ces faits, dont on trouve un grand nombre dans les syphiliographes, des médecins contem-

porains ont reproduit les opinions de Bell, en les appuyant sur de nouvelles expériences. M. Ricord (*Traité pratique des Maladies vénériennes*; Paris, 1838) est celui qui a accumulé le plus grand nombre de preuves en faveur de cette manière de voir. Pour lui, le symptôme véritablement caractéristique de la syphilis proprement dite est le chancre. Pour qu'il y ait infection syphilitique véritable, il faut qu'il y ait production d'un chancre, et la manière de s'en assurer est l'*inoculation.*

« M. Ricord a pratiqué un très-grand nombre d'inoculations, et jamais il n'a pu réussir à produire la pustule chancreuse dans les cas de blennorrhagie simple. Mais on a élevé des objections très-fortes contre les conclusions de ce chirurgien. On a cité des cas dans lesquels un chancre bien évident existant, il a été impossible de le reproduire par l'inoculation. Déjà Bru avait signalé des cas de ce genre, et M. de Castelnau (*Recherches sur l'inoculation appliquée à l'étude de la syphilis*; Paris, 1841) en a cité un (1re obs.) où des inoculations répétées n'ont eu aucun résultat, *quoiqu'elles aient été pratiquées à diverses périodes de l'évolution du chancre.* D'un autre côté, on a fait connaître des faits qui prouvent que, dans certaines circonstances, on peut, par l'inoculation, produire la pustule chancreuse, quoiqu'on n'observe d'autres signes que ceux d'une blennorrhagie.

« A cela M. Ricord répond : 1° que le chancre n'est véritablement contagieux qu'à une de ses périodes [1];

[1] La question de l'inoculation se reproduira nécessairement à l'article *Chancre.* J'exposerai alors avec plus de détails les idées de M. Ricord relativement à l'évolution des chancres et à l'inoculation.

qu'à l'époque où il commence à s'amender, et où la cicatrisation se prépare, il rentre dans la catégorie des ulcères simples, et qu'alors l'inoculation peut rester sans effet, bien que le chancre ait été éminemment contagieux à une époque antécédente; et 2° que dans le cas où, avec les signes apparens d'une simple blennorrhagie, l'inoculation a produit la pustule chancreuse, c'est que le diagnostic n'avait pas été assez précis, qu'un chancre avait échappé à l'observation, ou bien qu'il existait un *chancre larvé*, c'est-à-dire inaccessible à nos moyens d'exploration.

« On sent combien il serait difficile de répondre à ces argumens, si on ne s'élevait d'abord contre la manière de raisonner de M. Ricord; aussi c'est ce qu'ont fait M. de Castelnau d'abord, et M. Cazenave ensuite. Ils ont répondu à peu près en ces termes à M. Ricord : Que s'agit-il de prouver? que la matière blennorrhagique n'est pas inoculable lorsque la maladie est simple, lorsqu'il n'existe pas de chancre. Vous prenez cette matière dans un cas où la présence du chancre n'est prouvée par rien, l'inoculation réussit, et vous en concluez qu'il existait un chancre larvé; c'est là évidemment un cercle vicieux, puisque vous vous servez, pour la démonstration du fait à prouver, de ce fait lui-même. Cette réponse nous paraît fondée. Peut-être M. Ricord aurait-il complétement détruit l'objection, si, dans tous les cas soumis à son observation, il avait réussi à découvrir ce chancre qui aurait échappé à sa première investigation; mais, reconnaissant lui-même qu'il est des cas où l'on ne peut y parvenir, il faut bien qu'il se résigne à voir ses opinions contestées. Toutefois,

nous devons le dire, M. Ricord a rendu un vrai service à la science, en appelant une attention plus grande sur un grand nombre de faits que l'on examinait trop superficiellement. Quant à nous, nous ne doutons pas que bien souvent on n'ait porté un faux jugement sur les faits, faute d'avoir examiné d'une manière assez attentive tous les organes qui pouvaient être malades.

« M. Baumès (*Précis théorique et prat. sur les Mal. vénér.*; 1840) n'a admis qu'en partie cette manière de voir de M. Ricord. Pour lui, l'inoculation du chancre ne peut pas avoir lieu à l'aide de la matière blennorrhagique seule; mais il n'en conclut pas que le virus syphilitique n'existe pas dans la blennorrhagie. Pour lui encore, il y a deux virus, ou plutôt deux degrés du même virus : faible, il produit une blennorrhagie qui se reproduit ensuite avec ses caractères propres; plus intense, il donne lieu aux ulcères syphilitiques. Les faits d'inoculation et de contagion que nous avons déjà cités s'opposent à ce que l'on admette sans restriction les conclusions de M. Baumès; et de plus il faut remarquer, ainsi que l'a fait M. Cazenave, que, dans les cas où il survient des syphilides, celles-ci ne diffèrent nullement, qu'elles aient été produites par une blennorrhagie ou par un chancre. »

A ces considérations que je présentais en 1843 il faut en ajouter quelques autres relativement à la dernière proposition qui vient d'être émise. Il est vrai qu'on s'est servi d'un argument tiré de la succession des syphilides à une simple blennorrhagie, pour combattre l'opinion de ceux qui, avec M. Ricord, ne veulent pas voir le virus syphilitique dans

cette dernière affection. Mais ces derniers auteurs dont je parle ont défendu leur manière de voir, et c'est, par conséquent, une question qu'il importe d'examiner.

Déjà, depuis longtemps, on avait remarqué l'apparition de syphilides chez des sujets qui n'accusaient qu'une ou plusieurs blennorrhagies antécédentes, et qui, interrogés avec instance, affirmaient n'avoir jamais eu de chancre. Les travaux de M. Martins (*Mém. sur les causes genérales des Syphilides ;* Paris, 1838), de M. Legendre (*Nouv. Recherches sur les Syphilides ;* Thès. Paris, 1841), et, en dernier lieu, de M. Cazenave (*Traité des Syphilides ;* Paris, 1843), sont, dans ces dernières années, venus donner une grande importance à la discussion. Ces auteurs recueillant, avec le plus grand soin les faits soumis à leur observation, ont trouvé que des syphilides absolument semblables à celles qui se manifestent un temps plus ou moins long après la disparition des chancres, se montrent aussi après une ou plusieurs atteintes de blennorrhagie, affection que rien dans les réponses des malades n'a pu faire regarder comme compliquée d'une autre lésion syphilitique dans les cas dont il s'agit.

A ce sujet, certains argumens précédemment exposés sont reproduits par M. Ricord, qu'on peut regarder comme le représentant de l'opinion contraire. Si, dit-il, les malades ont cru n'être affectés que d'une blennorrhagie simple, c'est que le chancre peut exister dans le canal de l'urètre lui-même ; c'est qu'il peut occuper d'autres points que la verge : l'anus et la bouche principalement; c'est que les médecins eux-mêmes peuvent ignorer sa présence, soit que le ma-

lade la leur cache, les chancres de l'anus et de la bouche étant produits par des pratiques qu'ils n'osent pas avouer, soit, ce qui n'est pas rare, tant s'en faut, que l'examen ait été borné aux parties génitales; c'est ensuite, ajoute M. Ricord, qu'il peut y avoir eu un chancre larvé inaccessible à l'investigation.

Je ne m'occuperai pas, de cette dernière objection qui a été discutée plus haut. La première est plus sérieuse. Il n'est pas douteux qu'une investigation incomplète ou superficielle ne donne très-souvent lieu à l'erreur. Il est arrivé nombre de fois à M. Ricord de trouver soit des chancres actuellement existans, soit des traces non équivoques de leur existence antérieure chez des sujets qu'on avait crus affectés uniquement d'une simple blennorrhagie. Ce praticien, lorsqu'il se présente à lui un malade offrant les accidens secondaires de la syphilis, examine toutes les parties dans lesquelles un chancre peut se produire, et il ne lui est jamais arrivé, assure-t-il, de ne pas en rencontrer des traces évidentes. Ces observations méritent toute l'attention du médecin; comme M. Ricord, il faut toujours procéder à une exploration attentive, minutieuse, complète, et nul doute que bien des jugemens précipités ne se trouvent réformés par cette exploration; mais en faut-il conclure que, parmi les cas si nombreux cités par les auteurs, il n'y en ait point où l'investigation ait été suffisante? C'est ce que je me garderais bien d'admettre. Quand on a lu les observations de MM. Cazenave, Martins et Legendre, et qu'on s'est convaincu du soin, de l'attention, de la rigueur qu'ils ont apportés dans leur examen, on ne peut croire que, malglé la difficulté de l'investigation, ils aient été induits

en erreur dans un bon nombre de cas du moins. Toutefois je n'ai voulu rien ôter de leur force aux objections de M. Ricord; elles stimuleront sans aucun doute le zèle des observateurs distingués qui s'occupent des maladies vénériennes, et les faits ne tarderont pas à nous arriver débarrassés des dernières traces d'obscurité qui les couvrent encore.

Cette discussion a exigé d'assez grands développemens; mais, je le répète, ils m'ont paru indispensables. Quand il s'agira, en effet, de rechercher si le traitement antisyphilitique doit être dirigé contre la blennorrhagie, nous aurons à les rappeler et à voir quelles conclusions doit en tirer un praticien prudent. Quant à présent, quelle opinion définitive devons-nous nous faire sur ce point tant controversé? Ce qui ressort de plus positif des argumens pour et contre l'existence du virus syphilitique dans la blennorrhagie, c'est que, dans le plus grand nombre des cas, la démonstration de ce virus n'est pas possible; que cependant la facilité avec laquelle se transmet la contagion autorise à penser que la maladie est virulente et ne constitue pas seulement une inflammation ordinaire, comme le coryza ou l'ophthalmie simple; que, dans un bon nombre de cas où l'on a vu que la blennorrhagie avait un caractère véritablement syphilitique, l'existence du chancre, venant la compliquer, a pu être démontrée; que dans d'autres, au contraire, on n'a pu en aucune manière fournir cette démonstration. Nous verrons plus loin quelles conséquences il faut tirer, pour le traitement, de ces conclusions qui, bien que manqnant de la précision nécessaire, sont loin d'être sans importance.

§ III. — Symptômes.

Ayant admis une blennorrhagie non vénérienne, nous devons d'abord nous demander s'il est possible de la distinguer de la blennorrhagie vénérienne; car, dans ce cas, il faudrait nécessairement accorder une description à part à chacune de ces deux espèces. M. Pigeaux (*loc. cit.*) a cherché à éclairer cette question, et, après avoir reconnu que les caractères locaux de ces affections n'offrent pas une base solide au diagnostic différentiel, que leur marche et leur durée ne donnent que des signes fort équivoques, il ne trouve, pour lever les difficultés, que le mode d'invasion de chacune d'elles. Suivant lui, *la période d'incubation* ne se montrant pas dans la blennorrhagie simple, et surtout dans celle qui est produite par une excitation quelconque, et existant, au contraire, constamment dans la blennorrhagie virulente, c'est là le signe capital auquel on reconnaîtra la virulence ou la non virulence de la maladie. Mais cette manière de voir n'a été adoptée par aucun des autres auteurs qui se sont occupés de cette question difficile. M. Ricord (*voyez Notes à Hunter*, édition Richelot; *Traité des Maladies syphilitiques; de la Gonorrhée*, tom. II, p. 196) a résumé ainsi qu'il suit l'opinion générale fondée sur les faits journaliers : « Un coït suspect pour antécédent, un *temps prétendu d'incubation*, le *plus ou moins d'intensité dans les symptômes*, leur plus grande durée avec ou sans rémission, la couleur plus ou moins foncée, verdâtre, de l'écoulement, son odeur particulière, la teinte des parties affectées et le siége particulier

de la maladie, ne sauraient en indiquer la nature intime ou faire reconnaître la cause rigoureuse à laquelle on doit la rapporter. » Il résulte de là que l'on ne peut nullement établir des différences symptomatiques entre ces deux espèces, et que les renseignemens seuls, quand ils sont bien positifs, peuvent éclairer le médecin. Il serait donc impossible de les décrire séparément.

Incubation. Presque tous les médecins admettent une *période d'incubation* qui, dans l'immense majorité des cas, n'est pas moindre que deux jours et plus longue que huit. Les cas où les choses se passent autrement peuvent être regardés comme exceptionnels. Voici comment Cullerier s'exprime à cet égard (*Dict. des Sc. méd.*) : « J'ai vu, dit-il, par extraordinaire, des écoulemens établis du jour au lendemain; j'en ai vu qui ne se montraient qu'au bout d'un mois : j'ai été deux fois le témoin de ces deux derniers cas. » Enfin on a cité quelques cas fort rares où l'incubation aurait duré beaucoup plus d'un mois : le plus extraordinaire est celui qu'ont rapporté MM. Cullerier neveu et Ratier. Dans ce cas, la blennorrhagie ne se serait déclarée que cinq mois après un coït impur, et son caractère virulent ne pouvait être douteux, puisqu'il survint, peu de temps après l'apparition de l'écoulement, des *plaques muqueuses* à l'anus et au front. Tout surprenant que paraisse ce fait, il ne serait pas néanmoins inadmissible dans l'hypothèse de l'incubation; car après un contact local, on ne peut pas plus expliquer une incubation de huit jours qu'une incubation de cinq mois; mais M. Ricord n'admet pas l'existence de cette incubation. Pour lui l'action exercée par la matière morbide sur l'organe

qu'elle a touché commence dès le moment du contact; seulement cette action est d'abord si faible qu'on en méconnaît l'existence, et à ce sujet il dit : « Il n'est pas de bronchite, de pneumonie, de phlegmon, etc. qui arrive au terme de la suppuration tout de suite après l'action des causes qui ont présidé au développement de ces maladies (*Notes à Hunter*, *loc. cit.*, p. 194). » Selon lui, il n'y a donc pas plus d'incubation pour l'affection dont il s'agit que pour les maladies ordinaires; et quant aux cas où la blennorrhagie s'est produite un temps fort long après les rapports sexuels, il recommande de se méfier de la valeur des observations, parce que cette maladie peut reconnaître d'autres causes que le coït. C'est là encore, comme on le voit, un point litigieux; toutefois le praticien n'y verra pas une grande difficulté. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'après un coït impur, ou après l'action de quelques autres causes, l'état de l'urètre, pendant un temps plus ou moins long, reste tel, que rien n'y fait soupçonner l'existence de la blennorrhagie : c'est là ce qu'on appelle généralement l'*incubation;* suivant M. Ricord, ce serait seulement une période d'action latente; mais le fait n'en est pas moins digne de remarque.

Début. Soit qu'avec M. Ricord on veuille faire remonter le début de la maladie au moment même où l'infection a lieu, soit qu'avec la plupart des auteurs on ne place ce début qu'au moment où des signes sensibles se manifestent, il faut reconnaître que ces signes ne sont pas toujours les mêmes. Dans le plus grand nombre des cas, les malades éprouvent d'abord au méat urinaire, un léger prurit,

qui parfois est agréable et excite les désirs vénériens; ce prurit augmente ensuite, les bords du méat rougissent un peu et sont un peu tuméfiés; un très-léger suintement d'une humeur filante, et qui colle les bords de cette ouverture, apparaît, et la maladie est déclarée.

Dans un certain nombre de cas, c'est l'écoulement même qui est le premier indice de l'existence de la maladie. Les malades voient leur linge taché, quoiqu'ils n'aient éprouvé aucune sensation particulière; mais les autres symptômes locaux ne tardent pas à se manifester. Quelques sujets ressentent une pesanteur au périnée, et quelques autres des tiraillemens vers les aines et la racine de la verge avant tout autre accident. Dans des cas plus rares, la douleur du canal de l'urètre augmentant considérablement par le passage de l'urine, la pesanteur au périnée, en un mot, les signes de la blennorrhagie confirmée se montrent avant qu'il y ait la moindre trace d'écoulement. Plusieurs auteurs ont admis l'existence d'une espèce de blennorrhagie qu'ils ont appelée *blennorrhagie sèche;* c'est surtout à des cas semblables qu'ils ont donné cette dénomination qui n'est pas juste, car aujourd'hui on a reconnu que cet état du canal de l'urètre n'a lieu qu'au commencement de l'affection, et que tôt ou tard l'écoulement en est la conséquence. Enfin quelques sujets sont pris d'un malaise général avec ou sans frisson, qui annonce le début de la maladie. Les cas de ce genre sont très-rares, et lorsque la maladie s'annonce de cette manière, on doit s'attendre à lui voir acquérir une grande intensité.

Symptômes. 1re *période*. Le prurit, dont je viens d'indiquer l'existence, ne tarde pas à se convertir en une véritable *douleur*. Cette douleur a une intensité extrêmement variable dans les divers cas. C'est dans la blennorrhagie surtout qu'il faut étudier ce symptôme, suivant qu'il se produit spontanément ou qu'il est provoqué. La *douleur spontanée* est ordinairement peu intense, surtout les premiers jours. Elle acquiert un certain degré de violence chez un petit nombre de sujets au bout de six ou sept jours, mais il n'y a jamais aucune comparaison entre cette douleur et celle qui est provoquée. Parfois, au fort de la maladie, on observe des élancemens vifs, une cuisson non constante, qui, sans aucune provocation, se font sentir dans les points affectés; le plus ordinairement il n'y a qu'une sensation de chaleur, une gêne plus ou moins grande, un sentiment de tension, de gonflement et de pesanteur incommodes dans la portion du canal atteinte par l'inflammation.

La *douleur provoquée* se manifeste dans trois circonstances principales : ce sont la miction, les érections et l'éjaculation. Dans les premiers jours, le passage de l'urine sur la surface enflammée détermine une ardeur assez vive, mais encore supportable ; mais lorsque la maladie a acquis toute son intensité, et dans les cas où l'inflammation a une violence assez grande, l'émission de l'urine fait naître une douleur excessive. Les malades comparent ordinairement cette action à celle que produirait le passage d'un corps brûlant, et de là le nom vulgaire de la maladie, ou bien ils se plaignent d'éprouver une sensation de déchirure qui leur fait

redouter le moment où ils doivent rendre leurs urines. Il en est beaucoup qui ne peuvent le faire sans contorsions et sans serrer violemment les dents, tant la douleur est intense.

Les érections, dans les circonstances qui viennent d'être indiquées, déterminent aussi des douleurs insupportables. Les malades les redoutent beaucoup, et comme elles ont lieu ordinairement la nuit, ils sont obligés de se découvrir, de se lever, de s'exposer au froid pour les faire cesser. La douleur causée par les érections s'explique facilement par la tuméfaction et le défaut d'extensibilité que l'inflammation a produits dans le canal de l'urètre. Il en résulte que ce conduit ne peut pas suivre l'extension des corps caverneux et qu'il est fortement tiraillé, ce qui fait naître la douleur.

Le passage de l'urine sur les points enflammés cause la douleur à la fois par le contact du liquide irritant et par la distension du canal; mais cette dernière action est la plus faible. Il n'en est pas de même dans l'émission du sperme; c'est surtout par la distension du canal, déjà tiraillé par l'érection, que la douleur est produite. Cet effet est d'autant plus marqué, que, dans la blennorrhagie, il y a continence forcée, et que le sperme, abondant et consistant, vient tout à coup distendre les parois enflammées.

Je viens de décrire la douleur à son maximum d'intensité. Pour montrer combien ce symptôme est variable dans sa violence, il suffit d'opposer à cette description l'état d'un nombre assez considérable de sujets qui, dans le repos, n'éprouvent absolument aucune douleur, et qui, pendant la miction,

les érections et l'éjaculation, ressentent à peine quelques picotemens. Entre ces deux extrêmes, les nuances sont très-nombreuses.

La douleur, soit spontanée, soit provoquée, diffère aussi suivant le *siége* de l'inflammation. Lorsque la maladie est bornée à la fosse naviculaire ou à une petite étendue au delà, ce qui est le cas le plus ordinaire dans les huit ou dix premiers jours, la sensation de tension, de gonflement, de chaleur, occupe l'extrémité de la verge, et augmente lorsque cet organe est pendant. Le méat urinaire est particulièrement sensible; le contact d'un linge rude y cause de la douleur, et parfois cette douleur devient vive lorsque la matière de l'écoulement a collé le méat au linge, et qu'on le décolle brusquement.

A une époque plus avancée, la douleur, non dans tous les cas, mais dans un assez grand nombre lorsque l'affection est intense, se porte au-dessous du pubis, vers le périnée. Les auteurs qui pensent que, dans l'immense majorité des cas, si ce n'est même dans tous, l'inflammation ne gagne pas ces parties éloignées, regardent la douleur qui occupe ce siége comme une irradiation de celle qui occupe la partie antérieure du canal; mais il est bien prouvé aujourd'hui, comme nous le verrons en parlant des lésions anatomiques, que la blennorrhagie n'a pas de siége exclusif, qu'elle tend au contraire à se porter plus ou moins profondément dans le canal et même jusqu'à la vessie, et que la douleur dont je parle ici est due à cette extension de l'inflammation. Cette douleur, qui occupe le périnée, est fort incommode; elle est ordinairement gravative, elle augmente par la marche, la pression du périnée

dans la position assise l'exaspère aussi de telle sorte que les malades changent fréquemment de position, et s'asseoient alternativement sur l'une ou l'autre fesse, afin d'éviter la pression dont il s'agit.

Ces symptômes s'accroissent encore lorsque l'inflammation se porte vers la prostate. On observe alors des irradiations de la douleur vers les testicules, les aines, et dans quelques cas rares d'une violence extrême, jusque dans les lombes, les muscles abdominaux et les cuisses. Suivant Hunter, les douleurs abdominales seraient parfois produites par une inflammation du péritoine qui lui aurait été communiquée par le conduit déférent, mais le fait est bien loin d'être prouvé. Il est presque inutile d'ajouter que l'émission de l'urine et du sperme exaspèrent violemment la douleur dans toute l'étendue du canal qui vient d'être indiquée.

La *matière de l'écoulement*, que nous avons vue au début transparente et filante, prend bientôt un aspect louche; elle blanchit, elle est moins filante; mais ce n'est ordinairement que du sixième au huitième jour qu'elle s'épaissit considérablement: elle est alors blanche, opaque et assez semblable à du lait un peu sali. Dans les jours suivans, elle prend une teinte jaune et devient ensuite verdâtre. C'est là le cas le plus ordinaire. Il y a néanmoins beaucoup d'autres nuances. Quelquefois cette matière reste d'un blanc jaunâtre; d'autres fois elle devient sanieuse, ce qui est dû à une certaine quantité de sang; mais cette couleur se montre principalement lorsque l'inflammation commence à tomber. Chez un bon nombre de sujets, enfin, l'écoulement reste blanc ou blanc grisâtre. On peut dire d'une manière géné-

rale que les diverses colorations qui viennent d'être indiquées correspondent à la violence de l'inflammation. Lorsque la matière devient jaune, et surtout verdâtre ou verte, c'est que la blennorrhagie est assez intense et est parvenue à son plus haut degré.

L'*odeur* de cette matière est ordinairement fade comme celle du pus, ou plutôt du muco-pus. Dans les cas où elle reste blanche, elle n'a guère d'autre odeur que celle du mucus ordinaire. Quelquefois l'odeur est fétide; c'est surtout lorsque la matière est sanieuse. Du reste, il faut le redire ici, cette odeur n'a pas de caractères particuliers suivant que l'affection est ou n'est pas d'origine vénérienne.

L'examen de la matière de l'écoulement a fait reconnaître qu'elle n'est autre chose que le *muco-pus* qui résulte de l'inflammation sécrétante de toutes les membranes muqueuses, et l'on a vu que plus l'inflammation est vive et plus les globules purulens sont abondans relativement au mucus, *et vice versâ*, ce qui nous explique les diverses particularités que nous venons de signaler relativement aux nuances de couleur, de consistance, d'odeur, etc.

L'*abondance de l'écoulement* est, règle générale, en rapport direct avec la violence de l'inflammation et avec l'étendue de son siége; elle augmente de jour en jour, jusqu'à ce que la maladie soit parvenue à son *summum*. Il y a, du reste, des différences sous ce rapport suivant les individus.

L'*examen de la partie malade* fait reconnaître d'abord le léger gonflement avec rougeur du méat dont j'ai parlé plus haut. Au bout de peu de jours, les signes d'inflammation augmentent notablement. Les bords de l'ouverture sont d'un rouge vif, arrondis,

très-tuméfiés. On y voit souvent une excoriation qui a été indiquée avec soin par Hunter. Parfois le gonflement se communique au gland; l'inflammation est alors très-intense et la douleur très-vive. C'est surtout sur les côtés du frein que se manifeste cette inflammation; aussi n'est-il pas très-rare de voir se former au-dessous de cette bride une tumeur qui vient ensuite faire saillie de chaque côté, et qui n'est ordinairement autre chose qu'un abcès produit par cette extension de l'inflammation aux parties profondes. Lorsque le gland est enflammé, il est gonflé, rouge, douloureux.

En passant le doigt au-dessous du canal de l'urètre, on sent qu'il est résistant, dur et parfois comme noueux, ce qui tient à l'inflammation des follicules de Morgagni, et quelquefois à de très-petits abcès qui doivent plus tard s'ouvrir dans le canal de l'urètre. Cette exploration, si on la fait en appuyant un peu le doigt, est douloureuse dans tous les points occupés par l'inflammation. Lorsque celle-ci est peu vive, le canal conserve sa souplesse, la pression n'y est pas douloureuse, et par conséquent, sauf le gonflement des follicules, on n'observe rien de ce qui vient d'être indiqué. Ce sont là les deux extrêmes; les nuances intermédiaires sont nombreuses et faciles à imaginer.

Dans les cas où l'inflammation est très-vive et lorsque la maladie a acquis son plus haut degré d'intensité, on observe pendant les érections qui, en pareil cas, sont beaucoup plus douloureuses encore, un phénomène qui a fait donner un nom particulier à la maladie. La verge, au lieu de présenter en arrière une légère courbure, en présente une plus ou

moins marquée en avant, et l'urètre, notablement tuméfié, dur et devenu inextensible, est tendu au-dessous du pénis comme une corde: de là la dénomination de *chaudepisse cordée.* Ce phénomène a été expliqué depuis longtemps d'une manière satisfaisante. L'inflammation ayant atteint toute l'épaisseur des parois de l'urètre dans une étendue considérable, et le tissu cellulaire qui l'environne participant même parfois à l'inflammation, il en résulte une perte absolue d'extensibilité et une résistance invincible aux efforts des corps caverneux; d'où tension exagérée de l'urètre tiraillé par ces organes, et courbure de ceux-ci qui sont maintenus par le canal. Il n'y a là, du reste, que l'exagération de ce que j'ai indiqué comme existant dans les cas les plus ordinaires. Cependant Hunter a avancé que cet état de l'urètre pouvait dépendre de certains caractères de l'inflammation qui, semblable à l'inflammation adhésive, donne lieu dans les parois de l'urètre et dans le tissu environnant à une exsudation de lymphe plastique qui produit la tuméfaction et l'inextensibilité; mais le fait n'est pas démontré et l'explication est inutile.

Nous n'avons jusqu'à présent étudié l'*émission de l'urine* que relativement à la douleur qu'elle provoque; mais il est quelques autres considérations qui ne sont pas exemptes d'intérêt. Lorsque l'inflammation est très-vive, le jet de l'urine est moins gros, moins fort et parfois brisé, ce qui résulte évidemment de l'épaississement des tissus qui rend moins large le calibre du canal. Hunter a vu une fois l'incontinence d'urine accompagner la blennorrhagie; ce cas est des plus rares. L'émission de l'urine n'a ordinairement pas augmenté de fréquence, à moins que l'inflammation ne gagne

la vessie, complication dont je parlerai plus tard, ou que, ce qui est plus ordinaire, on ne fasse prendre au malade des boissons abondantes et même diurétiques. Elle n'est pas non plus devenue plus rare, si ce n'est dans les cas où les malades, redoutant la douleur, s'efforcent d'en retarder le moment; mais on a remarqué que ce moyen n'avait pas d'heureux effets; car plus le malade s'est retenu, plus il souffre ensuite en urinant.

L'*émission du sperme* a aussi, outre la douleur qu'elle provoque, cela de particulier qu'elle n'a pas lieu par jet, mais en bavant, ce qui tient sans aucun doute au défaut de contractilité de l'urètre.

Il est bien rare qu'il s'écoule du sang pur par l'urètre, à moins qu'on n'ait fait subir une violence à cette partie. C'est surtout dans les cas où il existe ce qu'on appelle une chaudepisse cordée qu'on observe cet accident. Il est des individus qui, en redressant fortement la verge, au moyen d'un coup porté sur elle pendant qu'elle est placée sur un corps dur, croient faire cesser la tension douloureuse du canal pendant l'érection. Des hémorrhagies assez abondantes ont été produites de cette manière, et il en est résulté des déchirures du canal qui ont augmenté tous les autres accidens. Des irritations moins violentes peuvent avoir le même résultat, et les malades doivent en être prévenus.

Dans la très-grande majorité des cas, et alors même que le mal a une assez grande violence, la blennorrhagie est une affection toute locale; ce n'est que lorsqu'elle a une intensité tout à fait insolite que des *symptômes généraux* se manifestent. C'est un mouvement fébrile peu intense caractérisé par de la cha-

leur, un peu d'accélération du pouls, une diminution de l'appétit, un malaise général. Cet état dure peu; il disparaît au bout de un, deux ou trois jours, rarement plus; alors même que les symptômes locaux ne paraissent pas avoir sensiblement perdu de leur violence.

Telle est la série des symptômes qu'on observe dans la *première période* de la maladie. Le *summum* est ordinairement atteint au bout du septième ou du huitième jour; il se prolonge ensuite jusqu'au douzième, quinzième et même vingtième jour, suivant la violence de l'affection. Chez quelques sujets on voit cette période d'acuité se prolonger jusqu'à ce dernier terme, et même au delà, sans que l'intensité de l'inflammation en rende parfaitement raison; mais le fait est assez rare.

2e *Période*. La *deuxième période*, ou période décroissante, s'annonce d'abord par une diminution marquée de la douleur, puis la matière de l'écoulement repasse par les diverses colorations qu'elle avait suivies. Elle était verte ou verdâtre, elle devient jaune, puis blanche, puis visqueuse et légèrement transparente, et parfois elle finit par se supprimer. Cette suppression peut être, comme tout le monde sait, singulièrement hâtée par le traitement. Chez un certain nombre de sujets, il reste un suintement qui n'a aucune tendance à cesser, et, chez d'autres, l'écoulement, redevenu blanc, continue d'une manière très-opiniâtre avec une assez grande abondance. Ce dernier état peut se prolonger pendant plusieurs mois.

Il n'est pas rare, ainsi que je l'ai dit plus haut, de voir cette seconde période annoncée par l'appa-

rition d'un peu de sang dans la matière de l'écoulement : celle-ci passe alors par la couleur sanieuse, avant de passer au jaune et au blanc. On voit alors des stries d'un rouge obscur ou lie de vin, au milieu de la matière muco-purulente, qui paraît d'un jaune ou d'un gris sale.

Du reste, dans cette seconde période, on n'observe qu'une douleur légère, qui n'augmente que médiocrement pendant l'émission de l'urine, les érections et l'éjaculation, et qui finit par disparaître avant que l'écoulement soit tari. Il n'y a pas de symptômes généraux, sauf les cas où l'extension de l'inflammation donne lieu à de véritables complications dont je vais parler après avoir dit quelques mots d'un état que j'ai déjà mentionné, et qu'on a appelé *blennorrhagie sèche.*

J'ai dit plus haut que l'on avait quelquefois désigné sous le nom de *blennorrhagie sèche* l'état qui se montre dans des cas rares au commencement de l'affection, et qui est caractérisé par tous les signes de l'inflammation sans écoulement. Mais quelques auteurs, et en particulier Swédiaur, ont avancé que cet état pouvait persister pendant tout le cours de la maladie. Je ne peux mieux faire à ce sujet que de citer le passage suivant de M. Vidal (de Cassis), qui me paraît devoir fixer l'attention du praticien. Cet auteur s'exprime ainsi (*Traité de Path. externe*, t. V, p. 301) : « Quelquefois, dit Swédiaur, l'inflammation de l'urètre devient si forte, que la surface interne de cette partie et les orifices des glandes qui la tapissent ne rendent aucune sécrétion, ce qu'on observe aussi quelquefois dans l'inflammation de la membrane muqueuse du nez et des poumons

dans les grands rhumes. Tout écoulement est alors arrêté (*Traité complet des Mal. vén.*, t. I[er], p. 124). » Fabre dit le contraire; c'est, selon lui, quand l'inflammation est peu intense. Il existe dans la science peu d'observations bien faites qui constatent l'absence de l'écoulement avec tous les autres symptômes de la blennorrhagie, et je crains fort qu'on ne se soit mépris dans beaucoup de cas. Peut-être a-t-on considéré comme une blennorrhagie sèche des douleurs vives rapportées par le malade au bout de l'urètre, et même tout le long de ce canal, quand un calcul s'engage dans le col de la vessie. Peut-être aussi qu'un phénomène d'hypochondrie a donné quelquefois le change. J'ai vu des hypochondriaques qui, longtemps après la guérison complète d'une blennorrhagie, se plaignaient encore de douleurs très-vives le long du canal, surtout pendant l'émission des urines. Il n'existait rien, ni dans le jet de l'urine, ni dans l'état du méat, qui pût faire soupçonner une inflammation du canal; on le comprimait dans toute son étendue, et on ne développait aucune douleur.

« Cependant MM. Cullerier et Ratier rapportent un fait de blennorrhagie sèche qui est peut-être le plus authentique de ceux que possède la science. Mais la gonorrhée n'est jamais sèche dans toutes ses périodes, l'écoulement manque vers le commencement ou la fin; c'est dans cette dernière période qu'elle est devenue sèche chez le malade dont parle M. Cullerier. »

Complications par suite de l'extension de la maladie. Nous avons déjà vu, à l'article *Cystite*, que l'inflammation de la vessie peut être un résultat de

la blennorrhagie. Lorsque cette complication survient, elle est annoncée par une pesanteur inaccoutumée vers le périnée et l'anus, par des envies plus fréquentes d'uriner, par une douleur assez vive dans le bassin pendant l'émission de l'urine, douleur qui augmente beaucoup pendant la dernière contraction pour expulser les dernières gouttes de liquide, ce qui sert à la distinguer, outre le siége de la douleur, de la blennorrhagie elle-même; car, ainsi que je l'ai dit plus haut, celle-ci est surtout vive au moment du premier jet. Lorsque cette *cystite blennorrhagique* est intense, la fièvre apparaît, ou se reproduit si elle avait déjà existé par le fait seul de la blennorrhagie.

Nous avons vu aussi, à l'article *Néphrite*, que l'inflammation peut, suivant la vessie et les uretères, s'étendre jusqu'aux reins. De là la *néphrite blennorrhagique*, dont j'ai suffisamment parlé dans l'article que je viens de citer.

L'inflammation peut encore gagner un des deux testicules, ou, plus rarement, les deux à la fois. C'est évidemment en suivant le trajet des canaux déférens que l'inflammation se propage. On a dit, il est vrai, qu'en pareil cas il y avait souvent métastase, mais ce qui prouve qu'il n'existe pas autre chose qu'une extension de l'inflammation, c'est que, par une observation attentive, on peut suivre les progrès du mal, qui se manifeste par la douleur, d'abord dans la région prostatique et le bassin, puis dans le cordon testiculaire, et enfin dans l'épididyme. Arrivé là, le mal s'accroît, l'épididyme se gonfle, devient souvent extrêmement douloureux, et on ne tarde pas à observer tous les symptômes

de l'*orchite blennorrhagique* que je n'ai pas à décrire, mais de laquelle on trouvera de très-bonnes descriptions dans nos traités de chirurgie et des maladies vénériennes, et aussi dans un Mémoire de M. Marc d'Espine, inséré dans le *premier volume des Mémoires de la Société médicale d'Observation de Paris.* Cette complication peut également déterminer une fièvre parfois très-intense, mais de courte durée.

On voit chez quelques sujets survenir un ou deux *bubons* qui quelquefois suppurent, et dont il est parfois difficile de tarir la suppuration ; d'autres sont atteints d'*ophthalmie blennorrhagique ;* d'autres d'*arthrite ;* dans des cas très-rares et d'une extrême violence, on observe des *abcès du périnée ;* mais je n'insiste pas davantage sur ces complications qui constituent toutes des maladies particulières déjà étudiées, ou dont nous n'avons pas à nous occuper autrement.

Il en est une autre dont je dois parler avec un peu plus de détail, parce qu'elle est moins bien connue, qu'elle est assez rare pour que beaucoup de médecins ne l'aient pas observée, et qu'elle pourrait par conséquent tromper le praticien. Je veux parler de la *phlébite de la veine dorsale de la verge.*

Astruc (t. III, p. 36) avait observé des cas qui se rapportent à cette *inflammation de la veine du pénis*, mais dont il avait méconnu la nature. « Il arrive quelquefois, dit-il, que le ligament membraneux qui attache la verge à la symphyse des os pubis, et quelquefois que l'un des deux corps caverneux s'enflamme, et alors la verge ne s'étend qu'avec beaucoup de douleur, et en s'étendant elle est obligée de se recourber en haut ou de côté ; mais ce cas est rare, et n'arrive que dans les plus

grandes gonorrhées. » Ce qui a induit Astruc en erreur, au moins pour les cas où il attribue les accidens à l'inflammation du ligament suspenseur de la verge, c'est que la première sensation qu'éprouvent les malades est un sentiment de gêne et de gonflement à la partie supérieure de la racine du pénis; mais la description suivante va prouver que si le ligament suspenseur participe à l'inflammation, ce n'est pas à lui du moins qu'il faut attribuer les symptômes. Cette description est fondée sur deux cas que j'ai eu occasion d'observer, et sur quelques détails qui m'ont été communiqués par M. Nélaton, qui a vu des faits du même genre.

Chez les deux sujets dont je parle, la blennorrhagie avait eu une assez grande intensité, sans être néanmoins d'une extrême violence. C'est lorsque les principaux symptômes locaux commençaient à s'amender que la phlébite est survenue. Les malades avaient d'abord ressenti cette gêne dont je parlais tout à l'heure; gêne qui augmentait pendant l'érection. Deux ou trois jours après, ils s'aperçurent que, pendant les érections, la verge était très-fortement recourbée en arrière, de manière à se coller fortement contre le ventre, et à n'en pas pouvoir être écartée sans une assez grande force et une vive douleur. Le dos de la verge examiné présentait vers les pubis une tuméfaction considérable avec une certaine dureté et un peu de douleur à la pression; à mesure qu'on avançait vers l'extrémité de la verge, on voyait se dessiner de gros vaisseaux sinueux, durs, ne s'affaissant pas sous la pression, un peu douloureux, et se terminant vers le prépuce par des bourrelets, à la formation des-

quels concourait le tissu cellulaire qui environne les veines. Il n'y avait aucun doute sur le siége de l'inflammation, les veines du dos de la verge étant des plus faciles à suivre à cause de leur position superficielle. Du reste, il n'y avait aucun signe de réaction générale.

Les malades étaient fort effrayés de ces symptômes insolites. Au bout de six à huit jours, les érections cessèrent d'être douloureuses ; mais ce ne fut qu'au bout d'un temps assez long (trois semaines et un mois) que l'érection fut tout à fait normale. Dans un cas même, la blennorrhagie avait complétement cessé, que la verge se renversait encore assez fortement en arrière pour rendre le coït difficile.

Cet état n'est pas grave. Dans tous les cas dont j'ai connaissance, il s'est terminé par un prompt retour à l'état normal. Peu à peu les veines ont repris leur perméabilité, et il n'est resté aucune trace de cette curieuse complication.

§ IV. — Marche ; durée ; terminaison de la maladie ; recrudescences ; récidives.

J'ai déjà, dans la description précédente, donné un assez grand nombre des détails les plus importans sur la marche de la maladie. On pourrait la diviser en quatre périodes : 1° *période d'incubation*, variant de quelques heures à huit, dix jours et plus ; 2° *période d'augment*, qui peut être également très-courte dans la blennorrhagie à marche très-aiguë, mais s'accomplit ordinairement en six ou huit jours ; 3° *période d'état*, qui a le plus

souvent une durée plus longue que la précédente ; et 4° *période de déclin*, dont la durée est extrêmement variable, car elle peut être de quelques jours ou de plusieurs mois, et qui en outre reçoit presque toujours les influences d'un traitement actif. Tous les auteurs ont noté que la marche de cette affection est ordinairement d'autant plus aiguë qu'elle apparaît pour la première fois.

Il résulte de ce que je viens de dire que la *durée* totale de l'affection présente elle-même de très-grandes variations. Cependant on peut avancer que, dans un bon nombre de cas, la maladie, même alors qu'on ne lui oppose qu'un traitement antiphlogistique, ne dure pas plus de six semaines.

La guérison est la terminaison presque constante de la blennorrhagie chez l'homme, quand elle est convenablement traitée ; mais il faut reconnaître que le plus souvent elle n'a pas de tendance à guérir spontanément, et que, si on ne la traite pas, elle passe à l'état chronique avec la plus grande facilité. Cette terminaison fâcheuse peut être presque toujours attribuée, outre le défaut de soins, à des excès de tout genre.

Quelquefois la maladie étant sur le point de se terminer par la guérison, on la voit se reproduire avec une nouvelle intensité. Il est rare qu'on ne trouve pas la cause de cette *recrudescence* dans une imprudence du malade. S'étant cru guéri, il a fait un écart de régime, il s'est livré au coït, et l'affection a repris son intensité première. Chez quelques-uns cependant on ne trouve pas cette cause, mais en y regardant de près, on voit qu'il est peu de cas dans lesquels la maladie n'ait pas été plutôt compri-

mée, si l'on peut parler ainsi, par le copahu, le cubèbe, les injections, etc., qu'amenée à un point voisin de la guérison.

D'autres fois on observe de véritables *récidives;* après plusieurs jours et parfois plusieurs semaines d'une guérison qu'on pouvait croire assurée, on voit, ordinairement à l'occasion d'un excès de table ou d'un excès vénérien, la blennorrhagie se reproduire avec de nouveaux symptômes d'acuité qui néanmoins n'atteignent pas, à beaucoup près, le degré de violence de la première atteinte. Chez quelques sujets, ces rédicives se reproduisent fréquemment pendant un temps fort long; c'est là ce qu'on a appelé vulgairement les *chaudepisses à répétition.* On a cité des cas où la maladie se serait ainsi reproduite au bout d'un temps fort long. Sans prétendre que la chose est impossible, je ferai observer que dans les cas de ce genre on a généralement oublié de rechercher l'existence de plusieurs causes que nous avons reconnu avoir de l'influence sur la production de la blennorrhagie, et que par conséquent il reste à faire, sur ce point, des recherches plus exactes. De toutes les affections, la blennorrhagie est peut-être celle qui est le plus sujette aux récidives ainsi qu'aux recrudescences.

§ V. — Lésions anatomiques.

L'anatomie pathologique de la blennorrhagie a été regardée pendant longtemps comme un point très-difficile, et les diverses opinions émises à ce sujet jusqu'à Morgagni prouvent qu'elle avait été très-superficiellement étudiée. Je me contenterai de

rappeler que, jusqu'à cet anatomo-pathologiste, on croyait généralement que les lésions caractéristiques de l'affection étaient des ulcérations ayant leur siége soit sur la prostate, soit dans toute l'étendue de l'urètre. Cet auteur fit voir que dans cette maladie il n'y a autre chose qu'une inflammation semblable à celle qui se produit dans les autres conduits tapissés par des muqueuses. Il a signalé la rougeur vive, foncée, livide, de la membrane muqueuse, l'induration des glandes de Cowper, l'oblitération de leurs canaux excréteurs et des sinus auxquels on a donné son nom, le gonflement de la prostate, l'obstruction des canaux éjaculateurs, et enfin l'humidité plus grande du canal.

Plus tard, on a noté l'épaississement, l'aspect granulé, le ramollissement de la membrane muqueuse de l'urètre, la plupart de ces altérations dans la membrane fibreuse, et parfois dans le tissu qui l'entoure. Hunter a vu les follicules dilatés et contenant de la matière purulente.

Telles sont les lésions que l'on observe communément. Cependant, bien que l'ulcération ne soit pas la lésion ordinaire de la blennorrhagie, on ne laisse pas de la trouver quelquefois; M. Gendrin (*Hist. anat. des Infl.*, t. Ier) en a rapporté un exemple remarquable.

Lorsque la maladie est récente, ce n'est guère que vers la fosse naviculaire, et quelques centimètres au delà, qu'on trouve les lésions que je viens d'indiquer; mais ce serait une erreur de croire, avec quelques auteurs, que l'affection reste bornée à ces points. Ce que l'on observe dans le cours de la maladie, et plusieurs des autopsies qui ont pu être

faites, prouvent que l'inflammation peut étendre son siége à tout l'urètre, et même au delà, comme nous l'avons vu à propos des complications; mais il serait inutile d'insister sur ces lésions, qui ont beaucoup plus d'importance au point de vue chirurgical, comme pouvant indiquer la manière dont se produisent les rétrécissemens, qu'au point de vue de la pathologie interne.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Diagnostic. Il y a très-peu de chose à dire sur le diagnostic. D'une part, en effet, rien n'est plus facile que de reconnaître l'existence de la blennorrhagie, et de l'autre, comme nous l'avons vu plus haut, il faut renoncer à rechercher, autrement que par l'interrogatoire, si l'affection est vénérienne ou non. Il ne resterait donc à reconnaître que la plus ou moins grande étendue de l'inflammation, sa profondeur et les complications; mais c'est dans l'étude des symptômes qu'on trouvera les moyens de porter ces diagnostics. Quant à la *blennorrhagie sèche*, nous avons vu plus haut ce qu'on doit en penser.

Pronostic. Le pronostic de la blennorrhagie ne saurait être grave dans l'immense majorité de cas; car si nous avons vu que la *blennorrhée*, des altérations profondes de la prostate et des canaux éjaculateurs (*voy.* tom. VII, *pertes séminales involontaires*) et d'autres lésions peuvent en être la conséquence, il ne faut pas oublier que presque toujours c'est aux imprudences des malades qu'on doit attribuer ces suites fâcheuses. Les rétrécissemens du canal de l'urètre surviennent ordinairement chez des

sujets qui ont eu une ou plusieurs blennorrhagies; mais si l'on compare le nombre des rétrécissemens au nombre immense d'écoulemens qu'on observe tous les jours, on voit que le pronostic ne peut pas en être aggravé. Quant aux circonstances particulières qui peuvent faire craindre cette suite fâcheuse de la maladie, ce n'est pas ici le lieu de s'en occuper. La même réflexion s'applique aux syphilides qui se montrent après les blennorrhagies. D'ailleurs, il faut le dire, on chercherait en vain des bases solides pour établir de semblables pronostics.

§ VII. — Traitement.

Le traitement de la blennorrhagie devrait être considéré comme un des plus riches, si un traitement était réellement riche, lorsqu'il renferme une multitude de moyens divers, de préparations, de formules toujours présentés comme les meilleurs par ceux qui les proposent. Mais c'est là une fausse richesse qui ne sert qu'à mettre le praticien dans l'embarras. Ne vaudrait-il pas bien mieux rechercher, par des expériences qui peuvent si facilement se faire dans les hôpitaux spéciaux, quels sont, parmi les moyens que nous possédons ceux qui conviennent le mieux à des cas déterminés, que de proposer sans cesse de nouveaux médicamens qui encombrent la thérapeutique? C'est au reste là un vice que nous retrouverons dans le traitement de toutes les maladies vénériennes. Il faut donc se résigner jusqu'à ce que des recherches thérapeutiques bien faites et sévèrement instituées soient venues nous débarrasser de toute cette superfétation, et nous con-

tenter, en passant en revue la plupart des moyens préconisés, de signaler ceux qui sont plus particulièrement fondés sur l'expérience.

Il y a un certain nombre d'années, on introduisit dans le traitement de la blennorrhagie une grande modification. On avait presque toujours soigné cette maladie en se bornant à modérer d'abord son intensité et en ne cherchant à l'arrêter que lorsqu'elle se prolongeait outre mesure. Plusieurs médecins, que je citerai plus loin, imaginèrent de mettre brusquement un terme au mal à quelque époque qu'il fût arrivé, et depuis on a toujours fait de nouvelles tentatives dans cette direction. Ce traitement a reçu le nom de *traitement abortif*. Nous allons d'abord nous en occuper.

1°. *Traitement abortif.* Le traitement abortif consiste dans des moyens internes ou externes. J'appelle externes ceux qui consistent à porter les médicamens sur les points enflammés : les injections, par exemple.

Baume de copahu. Parmi les moyens internes, le premier en date est le copahu, que déjà l'on administrait depuis longtemps pour arrêter l'écoulement après la période inflammatoire ou aiguë. Les docteurs Ansiaux et Ribes furent les premiers qui employèrent cette substance dès le début de l'affection et pendant la période aiguë. Ribes donnait le copahu pur à la dose de 4 à 8 grammes, et plus encore si l'estomac le supportait bien, et il affirme, non-seulement avoir, par cette médication, fait cesser l'écoulement, mais encore avoir fait promptement disparaître des accidens secondaires, tels que l'engorgement du testicule. Le docteur Ansiaux (*Mém. de l'Ath. de Méd.*; 1812) employait ordinairement la

potion de Chopart, dont je donnerai plus loin la formule, et sur vingt-cinq malades traités ainsi, aussitôt qu'ils se présentaient, il en vit vingt-deux guérir promptement, quelle que fût la période de la maladie, et sans qu'ils éprouvassent autre chose que quelques coliques et un peu de diarrhée produites par le médicament.

Delpech, qui plus tard administra particulièrement le poivre cubèbe (*Rev. méd.*; septembre 1818), préconisa beaucoup le copahu après les auteurs précédens. Il le donnait à la même dose que Ribes, et ses conclusions sont que presque toujours l'amélioration se prononce dès les premiers jours, que la suppression de la blennorrhagie est fréquemment obtenue, mais que, dans certains cas, les troubles gastro-intestinaux empêchent de continuer suffisamment l'administration de cette substance.

On peut dire que les accidens gastriques causés par le copahu sont encore plus grands que ne l'a dit Delpech; et c'est ce qui avait engagé beaucoup de praticiens à y renoncer, lorsque M. Velpeau (*Rech. et Obs. sur l'emploi du baume de cop. et du poivre cub.*, etc.; Arch. gén. de Méd., t. XIII, 1re série; 1837) imagina de faire prendre ces substances par le rectum, et cita plusieurs faits à l'appui de l'efficacité de cette médication. Voici les détails pratiques dans lesquels cet auteur entre à ce sujet:

Lavemens de copahu.

« En résumé, dit-il, voici les résultats généraux que j'ai obtenus. Le baume de copahu, donné par l'anus, diminue à peu près constamment les écoulemens blennorrhagiques,

soit chez l'homme, soit chez la femme. Dans beaucoup de cas, il les supprime complétement au bout de quatre, cinq, six, sept ou huit jours; plus souvent il les réduit seulement au tiers de leur abondance; quelquefois il ne les fait cesser qu'à moitié; et, règle générale, après la huitième ou la dixième prise, son action devient nulle, s'il n'a pas réussi complétement.

« Il m'a semblé que, pour agir d'une manière plus efficace, il était bien d'en *augmenter graduellement la dose;* en sorte que, maintenant, je commence habituellement par *deux gros* (8 grammes); le lendemain j'en donne quatre (16 grammes), puis six (24 grammes), puis huit (32 grammes), même, chez les individus qui le supportent sans difficulté. Je l'ai fait prendre dans de la *décoction de quina,* et je m'en suis bien trouvé; mais il est difficile d'en opérer le mélange. Ensuite j'ai pris le parti de le faire *délayer dans un jaune d'œuf*, et de l'*étendre dans de la décoction de guimauve*, avec laquelle il reste moins bien mêlé cependant qu'avec l'*eau gommée*, que je préfère en dernière analyse. J'y fais ajouter de l'*opium* (extrait aqueux, de 5 à 10 centigrammes), afin d'engourdir le rectum et d'empêcher le besoin de le repousser. Plusieurs fois j'y ai joint le *camphre* (15 à 20 centigrammes) chez les sujets qui étaient tourmentés la nuit par des érections douloureuses, et par un sentiment de chaleur à l'urètre. Chacun comprendra facilement, au reste, que, sous ce rapport, on peut varier de mille manières les formes qu'il convient de lui donner et les substances avec lesquelles il est quelquefois bon de le mêler. L'important est qu'il soit absorbé, conséquemment que le sujet puisse le garder, et ce dernier point doit fixer spécialement l'attention du chirurgien. C'est pour cette raison qu'il faut l'*administrer dans la plus petite quantité possible de véhicule*, qu'il est mieux de *choisir un liquide mucilagineux ou astringent*, *sans être irritant*, que tout autre; qu'on doit y ajouter des narcotiques; *enduire largement le syphon de la seringue avec un corps gras*, et prendre les autres précautions convenables pour s'opposer à ce que l'ouverture du sphincter en soit humectée, attendu que cet orifice jouit d'une sensibilité

particulière, qui fait que s'il s'y arrête de la matière résino-gommeuse, les malades éprouvent un sentiment d'ardeur et des épreintes quelquefois bien difficiles à supporter ou à vaincre, et qui les forcent le plus souvent à rendre leur lavement.

« Ses *effets immédiats* présentent quelques nuances : tantôt les malades n'éprouvent aucune sensation particulière, et gardent leur remède sans la moindre difficulté; d'autres fois, au contraire, surviennent des coliques, des épreintes, qui obligent d'aller à la garde-robe, ou finissent par disparaître au bout d'un temps plus ou moins long, mais de telle sorte cependant que si elles persistent pendant deux heures, il est inutile de faire des efforts pour ne pas céder au besoin qu'elles déterminent. Rarement il y a des nausées ou un trouble général. Chez la plupart des sujets, après la première, la deuxième et la troisième dose, il se manifeste un sentiment de pesanteur au périnée, de sécheresse et d'ardeur dans un point, vers la prostate, par exemple, ou dans toute l'étendue de l'urètre; des envies fréquentes d'uriner, de façon que pendant cet acte, et même quelques minutes après, il semble que la vessie se contracte avec plus de force qu'à l'ordinaire.....

« Il est inutile de répéter, d'après ce que nous avons dit plus haut, qu'on ne peut compter sur l'utilité de cette méthode qu'autant que le baume de copahu n'est pas rejeté; car il faut que cette substance soit absorbée pour agir. »

On voit que M. Velpeau n'admet pas que le baume de copahu agisse par une simple révulsion sur le tube digestif, et l'on ne peut que partager son opinion, quand on remarque avec lui que moins cette révulsion est forte, moins sont grandes les coliques, mieux le médicament est gardé et par suite absorbé, et plus la médication est efficace.

Beaucoup d'autres médecins ont employé le baume de copahu, soit en le faisant ingérer dans l'estomac,

soit en le portant dans le rectum, et les opinions sur l'utilité de ce moyen, dans les circonstances dont il s'agit, sont très-diverses. Cullerier (*Recherch. prat. sur la thérap. de la Syphilis*, par Lucas Championnière; 1836) n'accorde pas une grande valeur à ce médicament, et M. Lallemand (*voyez Thès.* de M. Plaindaux; Montpellier, 1832) va jusqu'à dire que le baume de copahu, non-seulement n'est pas utile dans les cas d'irritation vive, mais encore renouvelle, dans le plus grand nombre des cas, l'inflammation, lorsqu'elle commençait à s'apaiser. On trouvera sans doute un peu d'exagération dans cette dernière assertion; car les faits cités par Ribes, Ansiaux, Delpech et M. Velpeau sont positifs; mais que résulte-t-il réellement des détails dans lesquels nous venons d'entrer? 1° que l'emploi du copahu est loin de produire une guérison radicale dans tous les cas; 2° que souvent il ne fait qu'apaiser momentanément le mal qui se reproduit ensuite avec toute son intensité; 3° qu'il doit être promptement abandonné ou être administré en lavemens, quand il produit des vomissemens ou de violentes coliques et de la diarrhée; 4° que si, au bout de six à huit jours de son emploi, il n'a pas produit de bons effets, il ne faut plus compter sur lui, et qu'on doit le supprimer, de peur de fatiguer l'estomac et les intestins. Ces considérations doivent être présentes à l'esprit des jeunes praticiens. En lisant certains auteurs, ils pourraient se croire assez sûrs d'une guérison prochaine pour l'annoncer, et ils éprouveraient bien des mécomptes; c'est ce qui est arrivé souvent avant que la valeur réelle de cette substance fût suffisamment connue.

Poivre cubèbe. Déjà les docteurs Crawford et Bartlet (Rust, *Mag.*, t. IV) avaient vanté l'efficacité du poivre cubèbe, lorsque Delpech (*Rev. méd.*; septembre 1818) annonça en France que ce médicament avait une action plus grande encore que le baume de copahu. Depuis, beaucoup d'auteurs en ont préconisé les propriétés. Delpech le donnait tout simplement en poudre de la manière suivante :

♃ Poivre cubèbe pulvérisé................. 12 grammes.

Divisez en trois paquets.

A prendre : un le matin, une heure avant le déjeuner, un à six heures du soir, et un avant de se coucher.

Ce chirurgien affirme que ce médicament guérit presque constamment la blennorrhagie, et dans un court espace de temps. Mais M. Velpeau a fait remarquer encore que le poivre cubèbe irrite violemment l'estomac et les intestins; que beaucoup de sujets ne peuvent pas le supporter, et que chez les autres il est difficile d'élever assez la dose pour en obtenir toute l'utilité possible (*loc. cit.*, p. 47). Cet auteur a imaginé, pour obvier à ces inconvéniens, de donner le poivre cubèbe par le rectum comme le copahu, et voici comment il l'administre :

♃ Poivre cubèbe........................ 24 grammes.

Suspendez dans :

Eau de guimauve...................... 180 grammes.

Le lavement doit être gardé comme celui de copahu.

Les résultats qu'il avait obtenus en 1827 ne diffèrent pas sensiblement de ceux que lui avait donnés l'administration du copahu, et l'on peut dire que toutes les réflexions faites plus haut à propos

de cette dernière substance s'appliquent au poivre cubèbe.

J'aurais pu multiplier les formules, mais les modes d'administration que je viens d'indiquer sont suffisans. Je n'ajoute que la suivante qui est donnée par M. Béral (*voy.* Foy, *Formul. des Méd. pratic.*)

♃ Alcoolé d'extrait oléo-résineux de cubèbe. Mucilage de gomme arabique............	} ãã 30 grammes.

M. A prendre une cuillerée à café, trois ou quatre fois par jour, dans un peu d'eau.

Cette dose devra être élevée, si l'on veut combattre une blennorrhagie très-inflammatoire.

Aujourd'hui on se sert avec avantage de *capsules* gélatineuses ou autres, pour porter dans l'estomac le baume de copahu et le poivre cubèbe purs; mais ces moyens n'ont d'autre avantage que d'épargner aux malades le goût repoussant de ces remèdes, qui devient insupportable au bout de quelques prises.

Astringens. Il est rare qu'on ait recours uniquement au traitement par les astringens pris à l'intérieur, dans le traitement abortif de la blennorrhagie. L'extrait de *ratanhia*, le *tannin*, etc. sont administrés, mais presque toujours lorsque la maladie tend à passer à l'état chronique. Il est plus commun d'unir ces substances au baume de copahu et au cubèbe dans le but de supprimer l'écoulement à la période aiguë. L'opiat suivant a quelquefois été administré dans cette intention :

♃ Baume de copahu..........................	8 grammes.
Poivre cubèbe.............................	12 grammes.
Extrait de ratanhia........................	4 grammes.

M. Prendre deux à trois grammes de ce mélange trois fois par jour.

On peut reprocher à cette préparation des inconvéniens plus grands encore qu'aux précédentes.

Drastiques. Les purgatifs drastiques ont été bien plus fréquemment mis en usage dans les cas de blennorrhagie chronique que dans la blennorrhagie aiguë; cependant on les a employés quelquefois dans le but de faire avorter celle-ci, et c'est même une pratique vulgaire que de se servir en pareil cas de la *coloquinte.* On lit dans un recueil de médecine (*voy.* Colombier, *Code de Méd. milit.*, t. V) que plusieurs individus se guérirent d'une blennorrhagie aiguë en avalant en une ou deux doses un *fruit entier* de coloquinte. Les auteurs du *Compendium* rapportent que quatre individus qui firent usage de cette substance *macérée dans du vin* éprouvèrent tous les accidens des empoisonnemens par les purgatifs. Cette médication, qui n'agit que par une violente révulsion sur l'intestin, est, comme on le voit, très-dangereuse; aussi les médecins ne la conseillent-ils jamais, et ne prescrivent-ils pas plus la *scammonée*, la *gomme gutte*, le *jalap*, que la coloquinte dont je viens de parler.

Je ne mentionne que pour mémoire des médications vulgaires, comme la suspension de la *poudre à canon*, du *poivre ordinaire* dans l'*eau-de-vie* et pris à haute dose. Ces moyens ont sans contredit produit des guérisons, mais c'est encore par une révulsion dont on ne peut pas calculer la portée et qui peut avoir des effets funestes.

Injections. Nous verrons des injections de toute espèce être pratiquées par un grand nombre de médecins pour tarir les écoulemens après la période inflammatoire; il ne s'agit ici que de celles

qu'on a employées dans le but de faire avorter une blennorrhagie à une époque rapprochée de son début.

Je ne parlerai point des *injections astringentes*, parce qu'on n'y a plus recours aujourd'hui dans les circonstances dont il s'agit; je ne m'occuperai que des injections cathérétiques, *avec le nitrate d'argent*, qui, dans ces dernières années, ont beaucoup occupé les médecins, et je me contenterai de mentionner la pratique de Clossius (*Uber die Lustseuche;* Tubingue, 1797) qui consistait à porter dans l'urètre, au moyen d'un pinceau long et mince, de l'*eau de chaux*, et une solution très-étendue de *pierre caustique*, cette manière de pratiquer la cautérisation n'ayant pas été imitée.

Injections avec le nitrate d'argent. On sait que, depuis un certain nombre d'années, les inflammations des muqueuses, dites catarrhales, ont été attaquées, et souvent avec succès, même lorsqu'elles étaient violentes, par l'application du nitrate d'argent. Cette médication, à laquelle on a donné le nom de *substitutive*, parce que, par elle, on substitue une inflammation simple à une inflammation spécifique, ou plutôt une inflammation de cause externe à une inflammation de cause interne, est aujourd'hui très-généralement répandue. C'est en Angleterre qu'on a commencé à l'employer avec le plus d'énergie pour faire avorter la blennorrhagie. On peut citer, parmi les médecins qui l'ont proposée, les docteurs Simmons (*On the cure of Gonorr.*), Johnston, Ridgway, Lucas (*The Lancet;* mai 1833). Il en est un surtout, M. Wall-Moreau (*voy. Gaz. méd.;* juin, 1837), qu'il faut spéciale-

ment mentionner, parce que sa pratique se rapproche beaucoup de celle que j'exposerai tout à l'heure en parlant des injections de nitrate d'argent à haute dose, et qu'il a noté les succès, les insuccès et les accidens; mais aucun ne l'a mise en usage avec plus de hardiesse et de persévérance que M. Carmichaël, de Dublin, dont M. Debeney a le premier appliqué la méthode en France (*Journ. des Conn. méd.-chir.*; septembre 1843; *Mém. sur le trait. abort. de la Blennorrh.*, *etc.*). Avant que ce dernier auteur nous eût fait connaître le résultat de ses observations, les seules tentatives faites dans ce sens étaient fort différentes.

Injections de nitrate d'argent à faible dose. M. Serre, de Montpellier (*Mém. sur l'effic. des inject. avec le nitr. d'arg.*, etc.), avait employé les injections de nitrate d'argent, mais à faible dose, et le plus souvent dans des cas où les symptômes inflammatoires étaient dissipés ou notablement amendés. Quant à la blennorrhagie au début, M. Serre n'avait cité qu'un fait bien insuffisant. M. Ricord n'avait pas encore fait d'autres tentatives. Je vais d'abord indiquer le résultat de cette médication à faible dose, et je passerai ensuite à l'examen du traitement abortif de M. Carmichaël, adopté par M. Debeney, et essayé avec des résultats divers par d'autres médecins.

M. Serre n'administre qu'une dose très-faible de nitrate d'argent; le liquide de ses injections en contient les proportions suivantes :

℞ Nitrate d'argent cristallisé...........	0,02	grammes.
Eau distillée........................	30	grammes.

Si l'injection paraît trop irritante, réduisez la proportion du nitrate à 0,01 gramme par 30 grammes d'eau; si,

au contraire, elle ne paraît pas suffire, élevez-la à 0,03 gramm.
Les injections doivent être faites avec une *seringue d'os*, suivant cet auteur, ou avec une *seringue de verre*, suivant les autres praticiens. On doit, après l'injection, comprimer l'ouverture du canal, de manière à ce que le liquide reste environ une demi-minute dans l'urètre.

Quelque minimes que paraissent ces doses, que M. Ricord a portées à 0,05 grammes par 30 grammes d'eau, elles ne laissent pas d'avoir, dans un assez bon nombre de cas, une action très-irritante sur l'urètre. Sur dix-huit observations rapportées dans le Mémoire de M. Serre, il en est six, ou le tiers, dans lesquelles il est fait mention d'une douleur assez vive pour exiger la suspension du traitement, et dans deux l'irritation fut telle que le traitement ne put pas être repris. Chez deux sujets, il y eut en outre un pissement de sang peu abondant. La guérison est survenue dans les cas où le traitement a pu être continué, au bout de deux, trois, six injections et plus. M. Ricord, comme je l'ai dit plus haut, a répété ces expériences avec les mêmes résultats.

On voit donc que les injections avec ces faibles doses de nitrate d'argent peuvent être utiles pour faire avorter la blennorrhagie, mais qu'elles sont loin d'avoir une efficacité certaine et qu'elles ne sont pas toujours innocentes.

Injections de nitrate d'argent à haute dose. M. Debeney (*loc. cit.*), après avoir constaté que les injections à faible dose, surtout lorsqu'elles sont employées dans la période inflammatoire, n'ont fort souvent d'autre effet que de produire une surexcitation fâcheuse, eut l'idée d'avoir recours aux injec-

tions à haute dose, d'après la méthode de M. Carmichaël. Voici les proportions qu'il emploie :

℞ Nitrate d'argent cristallisé, 0,10 à 0,60, 0,70,	0,80	gramm.
Eau distillée...............................	30	gramm.

Cet auteur résume ainsi les résultats qu'il a obtenus :

« 1°. *Innocuité absolue* des injections caustiques. — Dans aucun cas, dit-il, je n'ai observé d'accident consécutif. Cette condition d'innocuité, la première à exiger de tout moyen héroïque, a été largement vérifiée au Dispensaire spécial de Lyon, pour les affections vénériennes, où la méthode des injections d'azotate d'argent a été appliquée sur une vaste échelle par M. le docteur Leriche, c'est-à-dire sur plus de trois cents malades depuis un an.

« 2°. Loin de provoquer la réaction tant redoutée par les auteurs, l'injection caustique *a pour effet constant* d'éteindre l'inflammation, quel que soit le degré de son développement. Cette loi s'appuie, pour ne parler que des faits recueillis dans ma pratique, sur près de cent trente observations fournies par des militaires en très-grande partie, c'est-à-dire par des sujets jeunes et vigoureux, placés à tous égards dans les conditions les plus favorables à la réaction inflammatoire.

« 3°. *Lorsque la blennorrhagie est prise tout à fait à son début*, l'avortement est presque certain : en effet, sur trente-huit cas, il a eu lieu vingt et une fois après une seule injection, et six fois après deux injections. Restent onze cas où l'écoulement s'est reproduit, toujours sans le cortége inflammatoire, et le plus souvent par la faute des malades; car il ne faut pas oublier que nous avons eu affaire à des militaires, espèce de gens peu docile en général, et très-réfractaire à l'endroit du régime.

« 4°. *Lorsque la blennorrhagie a passé la période de début*, les effets de l'inflammation substitutive ne sont plus aussi

constans, je veux dire aussi vite et aussi facilement obtenus, *car on les obtient toujours;* suivant l'âge de la maladie et d'autres circonstances suffisamment indiquées dans le Mémoire, il faut alors réitérer les injections pour changer la nature de la phlegmasie et la ramener à l'état d'inflammation en quelque sorte traumatique. »

Je crois devoir ajouter à ces détails l'exposé complet de la manière dont M. Debeney veut que les injections soient pratiquées, parce que, si elles ne sont pas bien faites, elles peuvent avoir des inconvéniens.

« Je pratique d'abord, dit-il (*Journ. des Conn. méd.-chir.;* déc. 1843), à titre de lavage, une *première injection* avec la solution caustique, et *je la laisse échapper immédiatement;* puis je pousse tout de suite une *seconde injection que je maintiens dans le canal environ une minute.*

« Il est bon que l'injection soit faite à quelque distance du repas, afin que le sujet n'ait pas à rendre ses urines de quelques heures, car la miction est rendue difficile et douloureuse par le gonflement consécutif, et peut-être gênerait-elle aussi l'effet thérapeutique.

« En général, il n'est pas prudent de s'en rapporter aux malades pour faire l'injection; le mieux est de la pratiquer soi-même, mais il est à propos de mettre des gants.

« Lorsque le malade a un genre de vie régulier, je ne change rien à son régime, et je ne crois pas les bains nécessaires.

« La *dose* qui m'a paru la plus convenable, et par laquelle je débute ordinairement, est celle de 0,60 grammes de sel d'argent pour 30 grammes d'eau distillée. *A chaque injection suivante, je l'augmente de* 0,10 *grammes*.... Ce n'est pas, je dois rendre ce point très-net, que je craigne des accidens en débutant par une dose plus élevée. J'ai employé l'injection jusqu'à la *dose d'un et deux grammes dès le début*, et deux médecins de Paris sont allés jusqu'à cette proportion, et s'en sont bien trouvés. »

L'auteur ajoute que cette pratique ne s'applique qu'aux cas où l'inflammation est bornée à la muqueuse, quelle que soit d'ailleurs son intensité. Si toute l'épaisseur de l'urètre est enflammée, il faut employer le traitement antiphlogistique avant d'en venir au traitement par les injections.

Plusieurs médecins se sont empressés de mettre en usage ce traitement, qui a donné à M. Debeney de si beaux résultats; mais ils ne sont pas arrivés aux mêmes conclusions. Je ne parlerai pas ici de M. Ricord, parce que plus loin je donnerai d'une manière complète le traitement proposé par ce médecin, et par conséquent le traitement abortif qui en fait partie. Je citerai d'abord M. Venot, chirurgien de l'hospice des vénériens de Bordeaux, qui a rapporté huit observations et a donné le résumé de quatorze autres faits, en tout vingt-deux (*Annal. de la Chirurg. franç. et étrang.*; nov. 1844). Cet auteur nous apprend d'abord qu'il a pratiqué les injections à la dose de 0,60 grammes de nitrate d'argent dans 30 grammes d'eau; puis, passant à l'étude des faits, il trouve qu'il n'est pas un seul sujet qui n'ait éprouvé des accidens. Chez les huit premiers malades il y eut *deux fois* des douleurs atroces s'étendant vers les lombes le long des cordons spermatiques, priapisme, dysurie, ténesme vésical, et dans un de ces cas, hémorrhagie urétrale abondante; *une fois* arthrite aiguë après la suppression de l'écoulement; *deux fois* des bubons suppurés; *une* ophthalmie blennorrhagique qui suivit la suppression de l'écoulement, et plusieurs abcès de la verge dans *un cas*. Enfin il faut ajouter que l'écoulement, après tous ces accidens, n'a pas tardé à se reproduire avec la même intensité.

Le résumé suivant, présenté par M. Venot, fait connaître ce qui s'est passé dans les quatorze autres cas.

« Cas dans lesquels l'injection abortive a déterminé l'orchite aiguë	5
« Cas où deux injections ont été employées, la première ayant été nulle dans ses effets, et la seconde ayant déterminé des *posthites* et des abcès *urétraux*	4
« Cas d'ophthalmie blennorrhagique	2
« Cas d'adénite inflammatoire non suppurée	2
« Cas d'arthrite des deux poignets	1
« Total	14 »

Les faits observés par M. Venot sont, comme on le voit, en opposition complète avec ceux qui ont été recueillis par M. Debeney. Quelle est la cause de cette différence ? Il est bien difficile de se prononcer. Cependant il me paraît impossible de ne pas admettre que, dans les cas présentés par M. Venot, il n'y ait eu quelques coïncidences fâcheuses. Remarquons en outre que M. Venot ne nous dit pas si l'inflammation blennorrhagique était toujours bornée à la muqueuse, condition essentielle du succès du traitement suivant M. Debeney. Les observations de M. Debeney et celles de M. Leriche sont en trop grand nombre pour qu'on puisse douter de ce que j'avance ; mais, en faisant même la part de ces coïncidences, il restera toujours un certain nombre de cas qui prouvent que l'innocuité des injections est quelquefois loin d'être aussi complète que M. Debeney était autorisé à le penser d'après ses observations.

M. Jacquot (*Journ. de Chir.*; fév. 1845) a égale-

ment expérimenté cette méthode, et a obtenu les résultats suivans consignés dans le *Bulletin thérapeutique* (mars 1845) :

« *Premier groupe.* Il comprend onze cas de blennorrhagie ayant depuis un jusqu'à trois jours d'existence. L'injection de nitrate d'argent fut faite à la *dose de 8 décigrammes* pour trente grammes d'eau. Il y eut neuf guérisons, une récidive, un accident. Cet accident consista en une très-vive inflammation qui nécessita l'application de vingt sangsues au périnée; quant à l'époque de la guérison, l'auteur se borne à l'indiquer en disant que la maladie avorta.

Deuxième groupe. Blennorrhagie aux quatrième, cinquième, sixième jours à peu près : dix-sept cas. Neuf guérisons immédiates ou après récidive; huit insuccès, dont trois avec accidens, tels que bubons et inflammation de la verge.

Troisième groupe. Il renferme les blennorrhagies du septième au trentième ou quarantième jour; elles sont au nombre de six : un succès, cinq insuccès, dont deux avec des accidens que l'auteur impute à la méthode; ce sont une orchite et un bubon. »

Je ne parlerai pas ici du quatrième groupe, parce qu'il n'y est question que des *blennorrhagies chroniques*.

Ces faits, quoique moins en opposition avec ceux qu'a rapportés M. Debeney, en diffèrent néanmoins d'une manière bien sensible; mais, avant de nous prononcer, passons en revue quelques autres travaux sur ce sujet.

M. Wall-Moreau (*loc. cit.*) a vu sur trente-deux cas la maladie céder promptement et sans accidens vingt-quatre fois, résister une fois, et sept fois présenter les accidens suivans: orchite deux fois, or-

chite et adénite deux fois, douleurs urétrales et adénite trois fois.

M. J. Cazalis (*Journal de Montp.*; fév. et mars 1845) a exposé les résultats obtenus par la méthode des injections à haute dose dans la clinique de M. Serre, de Montpellier. Voici le résumé de son travail (*voy. Bulletin thérap.*, n° cit.):

« 1° Dans les *blennorrhagies très-aiguës*, les injections à haute dose ont toujours été nuisibles; 2° elles n'ont donné qu'*une guérison sur trois* malades dans *les blennorrhagies aiguës ou assez aiguës*, et encore après douze jours de traitement, et quelquefois après l'addition des astringens; enfin elles offrent autant de chances de succès que d'insuccès dans *les blennorrhagies peu aiguës.* »

Enfin M. Diday (*Gaz. méd.*) s'est livré à des expériences dont il a fait connaître les résultats dans un Mémoire intéressant et dans une correspondance avec M. Debeney lui-même. Je me contenterai de dire ici que les faits observés par M. Diday tendent à prouver que les accidens signalés par M. Venot ne sont pas dus, un grand nombre d'entre eux du moins, au traitement abortif, mais à des circonstances particulières mal indiquées, opinion que partage M. Serre, de Montpellier.

Cette question de thérapeutique m'a paru beaucoup trop grave pour que je négligeasse de fournir à mes lecteurs tous les élémens de la discussion. Maintenant quelle conclusion faut-il tirer de tous ces faits contradictoires? Tout ce qu'il est permis de dire, c'est que, dans un assez grand nombre de cas, le

traitement par les injections de nitrate d'argent à haute dose réussit à faire avorter la maladie; que cette méthode, sans être aussi pernicieuse que M. Venot le pense d'après les faits qu'il a observés, n'est cependant pas exempte d'accidens assez sérieux; qu'assez souvent elle a échoué entre des mains habiles, l'écoulement se reproduisant avec persistance; et il faut ajouter avec M. Diday que si, dès le troisième ou le quatrième jour, on ne voit pas survenir une amélioration évidente, il ne faut plus guère compter sur l'efficacité du remède.

Ces conclusions ne sont pas aussi précises que je le désirerais; mais l'étude des faits ne permet pas de se prononcer d'une manière plus explicite. Il est fâcheux que tous les médecins qui ont eu occasion d'expérimenter, et qui ont sans doute expérimenté ce traitement dans les hôpitaux de vénériens, ne nous aient pas fait connaître leurs résultats.

Une bonne expérimentation et des observations bien détaillées, bien rigoureusement analysées, pourront seules nous tirer du vague dans lequel nous sommes encore. Cette expérimentation sera faite sans doute, et c'est pourquoi il faut dire ici comment elle doit être conduite. Pour bien juger la valeur de la méthode proposée par M. Debeney après M. Carmichaël, il faut nécessairement prendre, en pratiquant les injections, *toutes* les précautions qu'il recommande et que j'ai fait connaître plus haut; ensuite il faut tenir compte non seulement de l'âge de la maladie, mais, autant que possible, des circonstances de son apparition, du degré d'inflammation qu'elle présente, de la profondeur de cette inflammation, de l'état de la vessie, de la verge, des testicules, des ca-

naux déférens, des aines, des yeux, des articulations, en un mot de tous les points où peuvent se développer des accidens; on doit en outre s'informer de l'irritabilité du sujet, de sa facilité à contracter des inflammations; savoir s'il est sujet au rhumatisme articulaire, et recueillir bien d'autres renseignemens que les observateurs exacts auront sans doute l'idée de prendre et que je ne peux indiquer ici. Ce n'est qu'à ces conditions que l'on pourra savoir si les accidens développés ne constituent qu'une simple coïncidence ou s'ils sont produits par la médication, s'ils ne sont pas une simple augmentation d'un mal déjà existant, s'ils ne tiennent pas enfin à des conditions particulières de la part du sujet. Ce n'est aussi qu'à ces conditions qu'on parviendra à reconnaître dans quels cas l'injection convient et dans quels elle serait inutile ou nuisible; en un mot, tant qu'on ne sera pas entré dans ces détails si nécessaires, et que malheureusement trop de médecins regardent encore comme superflus, on ne saurait espérer d'arriver à ces conclusions thérapeutiques claires, précises et qui frappent tout d'abord comme l'expression de la vérité. Dans l'état actuel de nos connaissances, tout ce qu'il est permis de dire d'une manière générale, c'est que les injections à haute dose paraissent convenir particulièrement tout à fait au début de la maladie, ou un peu plus tard lorsque l'inflammation est modérée. Je ne parle pas ici, bien entendu, de la *blennorrhée* qui sera traitée plus loin.

Quant au jugement que nous devons porter sur le traitement abortif en général, on voit par ce qui précède combien nous devons être réservés. Lorsque certaines circonstances engagent à y avoir

recours, le praticien ne doit pas oublier qu'il n'a rien de bien certain, et il doit se garder de promettre d'une manière absolue une guérison qui pourrait très-bien manquer. Il doit aussi prévenir le malade de la possibilité de certains accidens que, sans cette précaution, on pourrait imputer à son ignorance ou à sa témérité.

On a dit que les injections qui constituent principalement ce traitement peuvent, comme au reste toutes les injections, être la cause des rétrécissemens qui surviennent à la suite des blennorrhagies ; mais aujourd'hui l'opinion générale est que ces craintes sont mal fondées, et que les rétrécissemens sont la conséquence de certaines formes de l'inflammation, et peut-être aussi de sa prolongation, à laquelle les injections auraient pu porter remède.

2°. *Traitement ordinaire de la blennorrhagie.* Il faut nécessairement distinguer dans ce traitement celui qui est mis en usage dans la première période, ou période inflammatoire, et celui qu'on emploie dans la seconde période de la maladie, lorsque les symptômes de l'inflammation sont notablement calmés.

Traitement de la première période, ou période inflammatoire. Ce traitement compte encore aujourd'hui un grand nombre de partisans, et il en sera ainsi tant que les craintes sur les dangers du traitement abortif ne seront pas dissipées, et tant qu'on n'aura pas bien spécifié les cas dans lesquels ce traitement abortif convient.

Émissions sanguines. Les émissions sanguines sont conseillées par tous les médecins, lorsque l'inflammation est très-violente, et surtout lorsqu'elle s'accompagne de symptômes généraux. Il est rare

qu'on soit obligé d'avoir recours à la *saignée générale;* mais si les symptômes sont très-intenses, il ne faut pas hésiter à en pratiquer une ou même deux, avant d'en venir à l'application des *sangsues*, ou concurremment si le cas l'exige. Les sangsues sont fréquemment appliquées; elles suffisent dans les cas de moyenne intensité. On en met quinze, vingt, vingt-cinq, à une ou deux reprises, rarement plus. Cette application se fait ordinairement au périnée.

Pour compléter le traitement antiphlogistique, on prescrit les *bains* prolongés pendant une heure et demie ou deux heures; des *tisanes émollientes*, comme l'eau de *guimauve*, de *mauve*, de *graine de lin;* des *lavemens émolliens*, des *bains simples*, un *régime* sévère, l'*abstinence des liqueurs alcooliques*, *des mets épicés;* la *diète absolue,* même lorsque l'inflammation est très-vive; dans ce dernier cas, le repos au lit; dans tous les cas, on recommande d'éviter la fatigue de la marche, du cheval, de la voiture. Quelques médecins ordonnent dès ce moment les *boissons légèrement diurétiques*, mais rien ne prouve qu'elles aient une grande utilité. Dans tous les cas, il faut prendre garde de les donner en trop grande abondance, car le besoin d'uriner deviendrait trop fréquent, et la miction irriterait trop souvent le canal. On ne doit guère dépasser un kilogramme et demi de boisson médicamenteuse par jour; le plus souvent il n'est besoin d'en prescrire que la moitié.

Ce traitement suffit le plus souvent, et l'on voit, au bout de trois à huit ou dix jours, les accidens s'amender notablement. Mais il est quelques symptômes douloureux, et parfois rebelles, contre les-

quels on a dirigé des médications particulières.

Opium. L'opium a été généralement indiqué pour procurer du sommeil aux malades, et pour les rendre moins sensibles à la douleur, surtout pendant les érections. On peut le prescrire sous forme d'*extrait aqueux*, à la dose de 0,05 à 0,10 grammes progressivement. Quelques médecins conseillent d'ajouter *vingt à trente gouttes de laudanum de Sydenham* à chaque 500 grammes de tisane, mais il faut prendre garde de produire le narcotisme. On a encore administré l'opium en lavement, en faisant prendre matin et soir *un quart de lavement de guimauve* avec huit ou dix gouttes de laudanum, ou un lavement d'eau de guimauve et de *têtes de pavot;* enfin on l'a appliqué localement, soit en ajoutant du laudanum aux bains locaux de guimauve ou de lin, soit en *injections.* M. Brachet conseille les injections suivantes :

♃ Opium pur........................	1,25	grammes.
Huile d'amandes douces............	120	grammes.

M.

Nous ne possédons pas de données suffisantes pour apprécier convenablement les effets de ces injections.

Les autres narcotiques, tels que la *jusquiame*, la *belladone*, etc., sont rarement mis en usage. Dans les cas où ils sont indiqués, l'opium suffit.

Camphre. Le camphre a été naturellement recommandé, à cause de son action sédative sur les organes génitaux. C'est surtout contre les érections violentes et douloureuses, dans les cas de *chaude-*

pisse cordée en particulier, qu'on l'a mis en usage. B. Bell recommandait particulièrement ce médicament, qu'on peut associer à d'autres substances, et surtout aux narcotiques. Ainsi l'on prescrira l'émulsion sédative suivante :

℞ Émulsion sucrée	500	grammes.
Camphre	0,60	grammes.
Sirop de sulfate de morphine	30	grammes.

A prendre par cuillerées, toutes les heures.

ou encore les pilules de Charles Bell, ainsi composées :

℞ Camphre	0,60	grammes.
Extrait de jusquiame	0,40	grammes.

M. Pour quatre pilules. A prendre d'une à quatre par jour.

Quelquefois on ajoute un peu de *nitre*, comme dans la formule suivante :

℞ Camphre }	âà 0,80	grammes.
Nitrate de potasse }		
Jaune d'œuf	Q. S.	

Broyez ensemble ; ajoutez peu à peu :

Eau de tilleul	180	grammes.

A prendre par cuillerées, d'heure en heure.

On peut encore porter le camphre dans l'intestin, à l'aide de lavemens, de la manière suivante :

℞ Camphre	4	grammes.

Délayez dans :

Jaune d'œuf	nº 1.	
Décoction de graine de lin	500	grammes.

Mais c'est assez nous étendre sur la manière d'ad-

ministrer ce médicament dont les formules varient à l'infini.

Applications froides. Les applications froides sur la verge et sur le périnée ont été recommandées par un assez grand nombre d'auteurs, parmi lesquels il faut citer Hufeland (*Huf. Journ.;* 1811) et Rust (*Aufs. und Abhand.*, t. I[er]). Voici comment procéda l'auteur anonyme d'un article de la *Lancette* (*Idées nouv. sur la Blenn.;* nov. 1834), qui fit l'expérience sur lui-même :

Il but, avant de se coucher, deux verres d'eau sucrée; puis la vessie ayant été vidée naturellement, la verge fut plongée dans l'eau froide, et y fut maintenue pendant un quart d'heure. Il prit ensuite une bandelette de toile de 45 centimètres de long et de 4 centimètres de large, la trempa dans l'eau bien fraîche, et enveloppa le gland découvert, puis la totalité de la verge, après avoir ramené le prépuce en place. Deux autres bandelettes, également trempées dans l'eau fraîche, matelassèrent en quelque sorte le membre, et le tout fut ensuite enveloppé avec un linge sec. Quand la douleur le réveilla, il recommença la même opération, *qui produisit à l'instant du soulagement.* Les bains furent répétés les nuits suivantes, et au bout de six jours les symptômes inflammatoires furent presque dissipés, et vers le vingt-cinquième jour la guérison fut complète.

Ce qu'il y a de plus remarquable dans ce fait, c'est le soulagement immédiat. Les *bains locaux froids* peuvent produire le même résultat; mais ils sont plus incommodes et ont l'inconvénient de faire maintenir longtemps la verge pendante, tandis qu'avec les simples applications on peut la relever de manière à rendre la circulation plus facile.

Erdmann (*Aufs. und Beob.*, etc.; Dresde, 1802)

employait l'*eau froide vinaigrée*, et Weikard (*Huf. Journ.*; 1811) recommandait l'application de la *neige* sur la verge. Pour que ces applications soient réellement utiles contre l'inflammation, il faut qu'elles soient faites longtemps et de manière à ce que les linges ne se réchauffent pas. Quant à leur utilité pour faire cesser les érections douloureuses, qui surviennent surtout la nuit, elle est bien connue de tout le monde. Abernethy recommande l'*acétate de plomb* dans l'eau froide; mais il est évident que dans le cas dont il s'agit c'est le froid qui exerce la principale influence.

Tels sont les principaux moyens mis en usage dans cette première période. Quelques auteurs on conseillé d'autres moyens qu'il suffira d'indiquer ici. L'*eau distillée de laurier cerise* a été administrée dans la période aiguë par le docteur Heim; M. Caspari a prescrit l'*acide prussique* affaibli, tant à l'intérieur qu'en injections; M. Droste recommande les pilules suivantes, dans lesquelles entre la cire jaune:

♃ Cire jaune fondue à une douce chaleur. 15 grammes.
Ajoutez en remuant :
Miel commun........................ 8 grammes.
Laissez refroidir ; ajoutez :
Camphre.................... de 1 à 1,25 grammes.
M. F. S. A. cent vingt pilules; à prendre de cinq à dix, de deux heures en deux heures.

Est-ce par la cire ou par le camphre qu'elles contiennent qu'agissent les pilules?

Le docteur Eisemann (*Der Trip. in all. sein Form. Erlang.*; *Extr. in Gaz. med.*; mars 1832) recommande, lorsque les douleurs sont vives et accompa-

gnées d'un grand éréthisme, des *injections d'eau chlorurée* alternativement avec des injections d'eau de laurier cerise, dans une décoction de guimauve.

Je ne pousserai pas plus loin cette énumération, qui ne pourrait, tout au plus, que nous ramener à cette réflexion que je faisais en commençant, c'est-à-dire que beaucoup de médecins se sont évertués à chercher un remède nouveau plutôt qu'à faire servir leurs observations à fixer la valeur de celles que possède déjà la science.

Précautions générales à prendre dans la période aiguë de la blennorrhagie.

Nous avons déjà vu quel régime devaient suivre les malades, et comment ils devaient garder le repos dans le cours de cette période; il faut y ajouter les précautions suivantes :

Éviter les lectures, les peintures, les spectacles lascifs, et tout ce qui peut exciter les érections.

Tenir, autant que possible, la verge relevée sur l'abdomen.

Porter un suspensoir, pour que les testicules, étant soutenus, il y ait moins de chances de contracter l'orchite blennorrhagique.

Éviter soigneusement de porter les mains aux yeux après avoir touché la verge; se les laver fréquemment, de crainte de les y porter par distraction.

Ne pas se couvrir trop la nuit; ne pas coucher dans un lit trop moelleux, car on provoquerait par là les érections et les pollutions nocturnes.

2°. *Traitement de la seconde période.* C'est surtout dans le traitement de cette seconde période que nous trouvons un nombre immense de moyens pro-

posés par les auteurs. La plupart, ne craignant plus de produire les accidens que nous avons vu résulter plus haut du traitement abortif, et ne voyant alors dans la maladie qu'un *écoulement catarrhal*, n'ont plus hésité à chercher à *couper la chaudepisse*, pour me servir d'une expression en quelque sorte consacrée, et ils l'ont fait par des moyens très-variés que nous allons passer en revue.

Plusieurs veulent qu'on se contente de continuer le traitement de la première période, mais seulement avec moins de rigueur, jusqu'à ce que l'écoulement soit devenu presque transparent ou séreux; mais ordinairement on n'attend pas aussi longtemps, et lorsque la douleur a disparu, que les érections ne causent plus de souffrance, non plus que la miction, que l'écoulement est redevenu blanc, on administre des moyens plus ou moins actifs pour le faire cesser. Ces moyens étant les mêmes dans les deux cas, ce que je viens de dire du traitement de la blennorrhagie dès qu'elle a perdu son caractère inflammatoire, s'appliquera aux derniers restes de l'écoulement, alors que la maladie a pris les caractères de la *blennorrhée*.

On ordonne généralement, à l'époque dont il s'agit, des boissons un peu plus abondantes, et les *diurétiques* légers sont plus généralement administrés. Ainsi l'on prescrit la décoction légère de *racine de fraisier*, de *queues de cerise*, de *chiendent*, à laquelle on ajoute 50 centigrammes ou un gramme de nitrate de potasse, et dont on fait boire un kilogramme ou un kilogramme et demi. L'infusion suivante est fréquemment ordonnée :

℞ Bourgeons de sapin	8 grammes.	
Faites infuser dans :		
Eau	1000 grammes.	
Nitrate de potasse	1 gramme.	
Sirop de sucre	Q. S.	

Nous retrouvons ensuite le baume de *copahu* et le *poivre cubèbe*, contre lesquels la plupart des médecins n'ont plus les mêmes préventions dans les circonstances dont il s'agit. On donne le copahu ordinairement depuis trente gouttes jusqu'à quatre grammes, deux ou trois fois par jour, dans du lait, du vin, du bouillon ou une émulsion, et mieux encore dans des capsules, telles que les capsules de Mothes ou de Raquin. Ces dernières ont l'avantage de se dissoudre plus facilement dans l'estomac.

Les formules dans lesquelles entre le copahu sont presque innombrables. Je me contenterai de citer ici celle de Chopart comme la plus célèbre. On lui doit des succès très-nombreux, et ce serait peut-être la seule préparation de ce genre qu'il faudrait employer si les malades n'étaient pas promptement dégoûtés par sa saveur et son odeur repoussantes. M. Vidal (de Cassis) a vu néanmoins deux sujets la prendre avec plaisir.

POTION DE CHOPART.

℞ Baume de copahu	ââ 60 grammes.
Alcool rectifié	
Sirop de Tolu	
Eau de menthe	
— de fleurs d'oranger	
Alcool nitrique	8 grammes.

A prendre une cuillerée le matin, une dans la journée, et une le soir.

Lorsque l'écoulement résiste et que l'estomac supporte bien le médicament, on peut doubler la dose.

M. Vidal (de Cassis) a vu deux fois une éruption semblable à la variole être déterminée par deux cuillerées de cette potion.

Dans les cas où l'estomac se révolte contre le copahu, il faut le donner *en lavement*, comme le recommande M. Velpeau, et de la manière indiquée plus haut.

L'administration du poivre cubèbe ne donne pas lieu à d'autres considérations que celles qui ont été présentées à propos du traitement abortif.

C'est surtout à l'époque de la blennorrhagie dont je m'occupe ici, que quelques médecins, parmi lesquels il faut citer Rust et Louvrier (*Nosogr. thér.*), recommandent l'emploi des *purgatifs souvent répétés*, et même des purgatifs drastiques, dans le but d'opérer une révulsion sur le canal intestinal. Cette pratique n'est pas généralement adoptée, et l'on se contente ordinairement de maintenir le ventre libre.

Les *injections de nitrate d'argent* sont généralement mises en usage à des doses faibles (de 3 à 5 centigrammes pour 30 grammes d'eau); suivant la plupart des médecins, elles agissent bien mieux et ont bien moins d'inconvéniens que dans le fort de l'inflammation. Il faut néanmoins prendre garde de les administrer lorsqu'il existe encore beaucoup d'irritation, ou de les réitérer à de trop courts intervalles, parce qu'elles pourraient donner une intensité nouvelle à l'écoulement.

Beaucoup d'autres injections ont encore été proposées; je vais indiquer les principales.

Le *sulfate de zinc* a été très-fréquemment employé de cette manière et dans les proportions suivantes :

℞ Eau commune		500 grammes.
Sulfate de zinc	2 à	4 grammes.

Pour une ou deux injections par jour.

L'alun, le sulfate de cuivre, l'acétate de plomb sont également mis en usage ; voici les formules :

℞ Alun	4 à	8 grammes.
Eau commune		500 grammes.

Pour une ou deux injections par jour.

℞ Sulfate de cuivre	1 à	2 grammes.
Eau commune		500 grammes.

Même application.

℞ Acétate de plomb		2,50 grammes.
Eau distillée de roses		130 grammes.

Pour une injection.

La *potasse caustique*, les *astringens végétaux*, tels que la *ratanhia*, le *tannin*, ont été également mis en usage tant à l'intérieur qu'en injections. On a encore prescrit les *toniques*, les *ferrugineux* ; mais tous ces moyens, qui conviennent dans la période extrême de la blennorrhagie, lorsqu'il n'y a plus qu'un écoulement muqueux, devront nécessairement être indiqués à l'article *Blennorrhée*, où leur place sera mieux marquée qu'ici. J'y renvoie donc le lecteur pour éviter les redites.

Le *traitement des complications* ne doit pas nous arrêter davantage. Ces complications sont, comme on l'a vu plus haut, autant de maladies distinctes dont le traitement est indiqué ailleurs, et qu'il serait inutile de mentionner ici ; car de ce que ces mala

dies viennent se surajouter à la blennorrhagie, il n'en résulte pas que le traitement de celle-ci doive être modifié.

Je crois qu'il sera plus convenable de présenter d'une manière complète le traitement proposé par des médecins qui se sont occupés spécialement de cette maladie. Ce sont, en effet, des résumés, dans lesquels nous trouvons les principaux moyens à mettre en usage aux diverses périodes de la blennorrhagie; mais auparavant il faut examiner une question grave bien diversement résolue par les auteurs: je veux parler de la nécessité ou de l'inutilité d'un traitement mercuriel dans cette affection.

Traitement préventif des accidens secondaires. Nous avons vu que pour plusieurs médecins la blennorrhagie, qu'elle résulte de la contagion ou non, n'a aucun rapport avec le virus syphilitique; pour eux donc la question est jugée: il faut traiter la maladie comme une affection simple, se contenter des moyens précédens, et ne craindre aucune suite fâcheuse; mais les exemples de *syphilides* cités par MM. Martins, Legendre et Cazenave, et, en outre, les résultats positifs de l'inoculation dans quelques cas de blennorrhagie, doivent nécessairement faire regarder cette manière de voir comme exagérée.

Pour M. Ricord il est un moyen bien simple de se diriger dans ce traitement: on n'a qu'à pratiquer l'inoculation; s'il existe un chancre larvé, ou si, en d'autres termes, l'affection est réellement syphilitique, on doit employer le traitement mercuriel, sinon on n'a affaire qu'à une inflammation ordinaire, et il n'y a rien à craindre. Mais encore ici s'élèvent des objections: on a cité des faits où ces inoculations

ont produit des ulcères rebelles : elles sont donc quelquefois dangereuses; d'autres où l'inoculation n'ayant rien produit, on a vu cependant survenir des accidens secondaires : l'épreuve n'est donc pas infaillible. A cela M. Ricord répond, il est vrai, que si l'inoculation a manqué, c'est que le chancre était dans la *période de réparation;* mais comme il peut très-bien se faire que les malades ne se présentent à vous qu'à ce moment, à quoi sert alors l'inoculation? Evidemment à vous induire en erreur, à vous inspirer une fâcheuse sécurité, à vous faire porter un faux pronostic et à compromettre la tranquillité et la santé d'une famille.

Voici donc ce qu'il faut reconnaître dans l'état actuel de la science : qu'on explique la chose d'une manière ou de l'autre, il est des blennorrhagies auxquelles peuvent succéder des accidens secondaires; les moyens de les reconnaître ne sont ni sûrs ni innocens : le traitement mercuriel ne peut donc pas être regardé comme inutile, et il n'y pas de moyen infaillible de s'assurer s'il est ou n'est pas utile.

En conclura-t-on que, dans toutes les blennorrhagies indifféremment, il faut, comme le voulaient presque tous les médecins avant ces dernières années, employer le traitement mercuriel? Plusieurs auteurs n'hésitent pas à se prononcer affirmativement; mais la plupart des médecins agissent différemment et se contentent presque toujours de traiter la blennorrhagie comme une maladie simple, quitte à attaquer plus tard les symptômes secondaires. Si l'on considère le nombre immense de blennorrhagies qui guérissent sans laisser de traces, on sera porté à adopter cette dernière pratique. Toutefois il est des

cas où il est prudent d'agir autrement ; on doit le faire chez les sujets qui sont mariés ou vont se marier, et dans d'autres circonstances dont le médecin sera juge. Dans tous les cas, on ne devra pas cacher au malade la possibilité de l'infection générale, prêt à lui administrer les mercuriaux s'il le désire; car le traitement mercuriel bien dirigé n'a pas les inconvéniens que lui ont reprochés quelques auteurs, et qui n'appartiennent qu'à l'abus qu'on en fait trop souvent. Telle est la règle qui me paraît dictée par la prudence.

M. Lagneau (*Dict. de Méd.*, art. *Blennorrhagie*) veut qu'on commence le traitement mercuriel dès que les accidens inflammatoires ont cédé. Je ne crois pas nécessaire d'insister longuement sur les moyens dont il se compose. Le passage suivant de l'auteur que je viens de citer me paraît suffisant, parce que nous aurons à revenir sur ce traitement à propos du *chancre*.

« *Quatre on cinq grains* (20 à 25 centigrammes) de *mercure doux* toutes les vingt-quatre heures, huit ou dix *pilules d'onguent mercuriel contenant un quart de métal*, celles d'Hahnemann, de Plenck ou toute autre préparation mercurielle équivalente suffiront dans cette occasion, pourvu que l'on continue ce second temps du traitement *pendant quinze jours au moins.* »

Résumé. Comme résumé de ce qui précède, je ne saurais trouver mieux que quelques traitemens complets proposés par certains auteurs, et je choisis ceux de Cullerier et de M. Ricord. Ces exposés de traitement tiendront en même temps lieu d'ordonnances.

TRAITEMENT DE CULLERIER (neveu).

Tout à fait au début, on peut tenter le traitement abortif par le *copahu* ou le *cubèbe;* mais Cullerier ne l'a presque jamais vu réussir. Il a été plus heureux dans quelques cas, à l'aide de la *cautérisation de la fosse naviculaire avec le crayon de nitrate d'argent.*

Lorsque les symptômes de la période aiguë sont déclarés, et surtout s'ils ont une assez grande violence, *traitement antiphlogistique actif:* une saignée du bras, des sangsues, parfois sur le gland aux deux côtés du frein, la diète, les boissons adoucissantes, prises en grande quantité, des lavemens émolliens. Le repos au lit est surtout important.

Cullerier a peu de confiance dans les *médicamens narcotiques* et *stupéfians*, et il leur attribue quelquefois une excitation marquée.

Lorsque les symptômes inflammatoires ont disparu, administrer la potion de Chopart ou la mixture suivante :

℞ Cubèbe........................	ââ 8 grammes.
Sang-dragon........................	
Ratanhia........................	
Cachou........................	
Copahu........................	Q. S. pour mêler en consistance d'électuaire.

A prendre de 8 à 16 grammes par jour, dans du pain azyme.

Cullerier n'a pas observé que les baumes de Tolu, de la Mecque, du Pérou, vantés par quelques médecins, eussent l'efficacité du baume de copahu. Il substitue quelquefois les lavemens de copahu aux potions.

Le *poivre cubèbe* est, suivant lui, le meilleur moyen après le copahu. Quand l'un a échoué, souvent l'autre réussit à merveille. Il en donne de 12 à 30 grammes dans du pain azyme, ou délayés dans de l'eau, et par doses fractionnées dans les vingt-quatre heures.

Il a peu de confiance dans les injections, auxquelles il attribue la plupart des rétrécissemens par induration, ainsi que l'inflammation de la vessie, des testicules, etc.; il ne

les emploie que lorsque tout a échoué; nous y reviendrons à l'article *Blennorrhée*.

L'écoulement blennorrhagique une fois supprimé, et le canal de l'urètre libre et non douloureux, ce médecin considérait les malades comme guéris, et *ne leur administrait aucune préparation mercurielle* pour les préserver de l'infection générale consécutive (*Journ. de Méd. et de Chir.-prat.*, 1834, p. 129 et suiv.).

Pour apprécier quelques-unes des assertions de Cullerier, le lecteur doit recourir aux discussions dans lesquelles je suis entré plus haut.

TRAITEMENT DE M. RICORD.

« Quel que soit le temps, dit cet auteur, qui s'est écoulé entre l'application de la cause et la manifestation de la maladie, quelle qu'ait été, du reste, sa durée, s'il n'existe encore aucun symptôme d'inflammation aiguë, *il faut chercher à la faire avorter*, ou si elle s'est développée déjà, faire en sorte de la guérir le plus tôt possible.

« Les *injections*, contre lesquelles il existe encore tant de préjugés, constituent non-seulement un moyen curatif par excellence, mais encore, quand elles sont convenablement employées, par cela même qu'elles guérissent vite et bien, elles sont *le meilleur moyen prophylactique des accidens qu'on leur attribue* : rétrécissement épididymite, etc., puisqu'elles guérissent la maladie, dont la persistance seule peut leur donner lieu. »

M. Ricord conseille ici les *injections de nitrate d'argent à haute dose*, telles que les ont pratiquées M. Carmichaël, et, à son imitation, le docteur Debeney, puis il continue en ces termes :

..... « Le plus ordinairement la sécrétion est d'abord

beaucoup augmentée, moins épaisse, séro-purulente; mais, dans la plupart des cas, il s'y mêle une plus ou moins grande quantité de sang. Il est des malades chez lesquels ces résultats ne s'observent qu'à la seconde, à la troisième ou à la quatrième injection.

« Lorsque ces effets ont été produits, le sang disparaît bientôt de l'écoulement, qui cesse quelquefois d'une manière brusque, ou va rapidement en diminuant. Il est des cas, plus rares, dans lesquels l'écoulement cesse après l'injection, sans avoir donné lieu aux effets que nous avons signalés.

« Tant qu'on n'a pas obtenu ces résultats, il faut recommencer les injections, et même quelquefois en élever la dose à *un gramme d'azotate d'argent* pour 30 grammes d'eau.

Quand, après ces injections, on a obtenu une modification favorable dans la nature de l'écoulement, et qu'il ne reste plus qu'un suintement muqueux, je prescris trois injections par jour avec le liquide suivant :

℞ Eau distillée de roses		200 grammes.
Acétate de plomb cristallisé	} āā	1 gramme.
Sulfate de zinc		

M.

Avant de se servir du liquide de l'injection, il faut le secouer, afin de mettre en suspension le précipité qui s'est formé.

« Ces injections, aidées d'un régime sévère, de *boissons peu abondantes*, avec *abstinence de bains chauds*, de bière, de cidre, de vin pur, d'asperges, avec le repos absolu des organes malades, peuvent suffire dans le plus grand nombre des cas.

« Mais si l'on veut avoir des résultats plus certains, il est préférable d'employer concurremment le *copahu* et le *cubèbe :* par la bouche, si l'estomac est dans des conditions favorables, ou par le rectum dans le cas contraire.

« *Lorsque déjà il existe trop d'irritation de l'urètre* pour avoir recours d'emblée aux injections, on peut encore obtenir des guérisons rapides par l'*emploi seul des antiblen-*

norrhagiques à l'intérieur. Mais dès que les symptômes d'acuité viennent à se manifester, non-seulement *on ne doit plus avoir recours aux injections,* mais il faut *renoncer même au copahu et au cubèbe.* Le *traitement antiphlogistique* peut alors être employé dans toute sa rigueur.

« Aux bains, aux évacuations sanguines locales ou générales, s'il y a réaction fébrile, aux *boissons aqueuses abondantes*, au régime sévère, à la diète même, il est toujours utile, et cela surtout quand la blennorrhagie est phlegmoneuse et qu'il existe une érection cordée, d'associer l'usage du *camphre* sous la forme suivante :

℞	Camphre	3 grammes.
	Thridace	3 grammes.
	Mucilage	Q. S.

Pour vingt pilules. A prendre deux chaque soir.

« On peut encore le donner à la dose de 50 *centigrammes dans un quart de lavement,* car il est le meilleur sédatif des organes génitaux.

« Toutefois, dès que la maladie est arrivée à la période de déclin, que les douleurs en urinant diminuent, il faut se hâter de reprendre le traitement antiblennorrhagique, sans quoi la blennorrhagie tend à prendre la forme chronique, et usurpe en quelque sorte un droit de domicile contre lequel tous les traitemens doivent plus tard échouer. *Il faut commencer ici par le traitement interne.* Le copahu ou le cubèbe, antiblennorrhagiques par excellence, quand ils sont appliqués au traitement de la blennorrhagie urétrale, ont surtout un effet héroïque, en vertu de leur action spéciale sur la sécrétion urinaire, sans que je nie pour cela leurs autres modes d'action comme révulsifs sur le canal intestinal, comme modificateurs du sang, et, par suite, des sécrétions muqueuses en général.

« Mais *si, après huit ou dix jours de ce nouveau traitement, l'écoulement n'est pas tari*, on a recours aux *injections d'azotate d'argent*, employées comme nous l'avons indiqué pour le début.....

« *Lorsque la blennorrhagie urétrale a gagné la partie postérieure de l'urètre*, que le col de la vessie est atteint, que des besoins d'uriner fréquens et impérieux se font sentir, qu'il existe du ténesme vésical accompagné, dans quelques circonstances, de l'émission d'une certaine quantité de sang mêlé avec les dernières gouttes d'urine, le moyen par excellence qui réussit souvent seul, et sans lequel les antiphlogistiques échouent fréquemment, consiste dans l'usage d'un *quart de lavement froid* ainsi composé :

♃ Décoction froide de têtes de pavot. Q. S. pour 1/4 de lavement.
Laudanum de Sydenham......... 15 à 20 gouttes.

A prendre une ou deux fois dans les vingt-quatre heures.

« Lorsque, dans le cours de la période aiguë, il survient de la *dysurie*, soit par le fait de spasmes, soit par le fait de rétrécissemens inflammatoires, il ne faut pas se hâter d'avoir recours au cathétérisme; c'est sur les antiphlogistiques qu'il faut insister. *Si cependant l'émissicn de l'urine devenait par trop difficile, il faudrait sonder.* On donne généralement, et avec raison, la préférence à des sondes en gomme élastique de moyen calibre, à courbure fixe, et introduites sans mandrin, s'il se peut, afin d'éviter toute espèce de violence.

« Un précepte qu'une longue expérience me permet de donner, est le suivant : *Si on a éprouvé beaucoup de difficulté à introduire la sonde*, et qu'ensuite elle reste serrée comme dans un étau, *il faut la laisser à demeure jusqu'à ce qu'elle devienne libre*, car il est probable qu'une nouvelle introduction de la sonde serait plus difficile et quelquefois même impossible.

« Dans les cas où on laisse la sonde à demeure, il faut insister sur les antiphlogistiques, et plus particulièrement sur les applications de sangsues au périnée.

« *Dans les hémorrhagies par suite de rupture de l'urètre*, quand l'écoulement sanguinolent n'est pas très-abondant, il est quelquefois utile de le laisser aller. Ce n'est qu'alors qu'il se prolongerait qu'on aurait recours à l'*application de la*

glace, à la *compression* extérieure ou intra-urétrale à l'aide d'une sonde.

« A moins d'inflammation suraiguë, *la présence d'une épididymite n'est point une contre-indication au traitement antiblennorrhagique;* en guérissant l'écoulement, point de départ de l'épididymite, *ce traitement prévient les récidives* de l'inflammation de l'épididyme, si faciles quand on laisse persister l'écoulement.

« Quant au *bubon*, qui quelquefois accompagne la blennorrhagie urétrale, et qui n'est par conséquent pas virulent lorsque celle-ci n'est pas compliquée de chancres, sa marche est aiguë ordinairement, et il a une grande tendance à se terminer par la suppuration; mais aussi c'est de toutes les variétés des adénites vénériennes celle dont la méthode antiphlogistique, aidée plus tard des fondans, obtient plus facilement la résolution.

« Je ne saurais terminer ce petit aperçu sans insister sur la nécessité d'*ouvrir de bonne heure les petits abcès*, qui, dans les formes phlegmoneuses de la blennorrhagie, se développent quelquefois le long du trajet de l'urètre.

« Dans tous les cas, *il n'est jamais nécessaire d'avoir recours à un traitement mercuriel.* »

J'ai choisi les deux traitemens dont on vient de lire l'exposé, pour mettre en présence les manières d'agir les plus usitées. Il y a dans chacune des deux une opposition fort grande, et l'on peut dire que ces traitemens ne se touchent que par quelques points. Les considérations dans lesquelles je suis entré précédemment serviront à faire reconnaître ce qu'il y a de trop exclusif peut-être dans l'un et dans l'autre; ce serait une répétition inutile que d'y revenir.

Dans la plupart des traités, on a indiqué le *traitement prophylactique* de la blennorrhagie; mais c'est

là une question très-secondaire pour le praticien, et qui intéresse bien plutôt l'hygiène publique. Je me contenterai donc de dire que les *lotions astringentes* ou *chlorurées*, les soins de propreté, et quelques autres moyens préservatifs connus de tout le monde, sont généralement employés.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1°. *Traitement abortif.* Copahu, cubèbe, ingérés dans l'estomac ou en lavemens; drastiques; injections caustiques, astringentes; injections de nitrate d'argent à faible ou à haute dose.

2°. *Traitement ordinaire.* — 1re *période :* Émissions sanguines; émolliens; régime; opium; camphre; applications froides; eau de laurier-cerise; cire jaune; injections chlorurées; précautions générales. — 2e *période :* Copahu; cubèbe; injections caustiques ou astringentes; drastiques.

3°. *Traitement des complications.*

4°. *Traitement préventif des accidens secondaires :* mercure.

ARTICLE III.

BALANITE.

On a depuis assez longtemps remarqué que, dans certaines blennorrhagies, l'écoulement ne provenait pas du canal de l'urètre, mais bien de la surface du gland et de la face interne du prépuce. Astruc rapporte que Sydenham avait observé des cas de ce genre. Astruc lui-même, et plusieurs autres auteurs, parmi lesquels il faut citer Morgagni

et Van Swieten, en ont fait mention. Dans ces derniers temps, M. Desruelles a donné à cette affection le nom de *posthite;* d'autres auteurs l'ont appelée *balanite*, ou mieux encore *balano-posthite*, car il est rare que le gland soit affecté sans que le prépuce le soit aussi, et réciproquement. Auparavant on désignait la maladie sous le nom de *chaude-pisse* ou *gonorrhée bâtarde* et d'*écoulement du gland.*

La balanite ou balano-posthite est une affection infiniment *moins fréquente* que la blennorrhagie urétrale, et c'est un fait remarquable qui prouve combien est grande la prédisposition du canal de l'urètre à contracter des écoulemens. On ne peut s'empêcher de faire cette réflexion quand on songe à la grande étendue du gland et de la face interne du prépuce en contact immédiat avec la matière infectante, tandis que le canal de l'urètre ne se trouve exposé que par la petite étendue du méat urinaire. On peut penser, il est vrai, que la cavité du méat est plus propre à retenir cette matière, et que les soins de propreté en débarrassent bien plus facilement le gland et le prépuce; mais certainement on ne trouvera pas là une raison suffisante de la grande différence qui existe dans la fréquence des deux affections.

Causes. Comme dans la blennorrhagie, nous trouvons d'abord ici la *contagion.* Vient ensuite une cause qu'on a observée quelquefois, c'est le défaut de propreté chez des sujets qui ont un prépuce long et à ouverture étroite. Il en résulte que la matière sébacée, sécrétée par les follicules de la base du gland, s'accumule, devient très-fétide, et finit par irriter la muqueuse au point de produire la bala-

nite. On a aussi remarqué que la contagion atteint presque toujours des sujets qui présentent cette disposition du prépuce. J'ai déjà signalé ce fait en parlant des *pertes séminales involontaires*, qui, d'après M. Lallemand, sont la conséquence de cet état (*voy.* t. VII).

Quelquefois l'écoulement du gland et celui du prépuce sont liés à des ulcérations syphilitiques secondaires qui coïncident avec des éruptions cutanées. Il ne faut pas, ainsi que le fait remarquer M. Ricord (*Notes à Hunter;* trad. de Richelot, t. II, p. 206), confondre cette balanite avec la balanite primitive; car, dans le cas dont il s'agit ici, l'écoulement du gland n'est que la conséquence des ulcérations syphilitiques.

Symptômes. Il est rare que la balanite détermine une vive *douleur spontanée;* il faut, pour qu'il en soit ainsi, que l'inflammation soit étendue à toute la surface de la muqueuse, et qu'elle ait une grande intensité. Il n'en est pas de même de la *douleur provoquée* par les manœuvres faites pour découvrir le gland. Le prépuce est, comme je l'ai dit plus haut, ordinairement étroit et long; s'il participe à l'inflammation, les bords de son ouverture sont gonflés, peu extensibles, et même, lorsqu'il n'y a pas un phimosis complet, le malade souffre en cherchant à mettre le gland à découvert.

La *matière de l'écoulement* n'est pas très-différente de celle qui a été décrite à propos de la blennorrhagie urétrale. C'est d'abord un suintement opalin et filant, puis blanc laiteux, puis d'un aspect purulent. Cette matière séjournant en plus ou moins grande partie entre le prépuce et le gland,

il en résulte assez souvent qu'elle acquiert une grande fétidité. Son abondance est ordinairement considérable.

Si l'on examine la partie affectée, on trouve les bords du prépuce rouges, gonflés, parfois excoriés. La surface du gland présente aussi assez fréquemment des *excoriations* superficielles, irrégulières, mal circonscrites, à surface rouge, bien différentes des ulcérations vénériennes qu'on trouve quelquefois sur cette partie. Il en est de même de celles qui occupent la muqueuse du prépuce, et qui sont plus rares. Les glandes sébacées, placées à la réunion de la muqueuse du prépuce et de celle du gland, sont gonflées et contribuent beaucoup à la sécrétion muco-purulente.

Lorsque l'inflammation est très-intense, le gland est tuméfié, mais c'est surtout le prépuce qui présente la plus grande tuméfaction. En pareil cas, la peau de cette partie devient d'abord rouge, puis livide, et quelquefois au point de faire craindre le développement de la gangrène.

Un accident assez fréquent de cette affection est le *phimosis* résultant du gonflement et du défaut d'élasticité du bord du prépuce. Les malades ne peuvent alors, en aucune manière, découvrir le gland, et il en résulte le croupissement de la matière muco-purulente dont j'ai parlé plus haut.

Il peut arriver néanmoins que les malades faisant un grand effort pour mettre le gland à découvert, ils y parviennent, mais il en résulte alors un *paraphimosis*, dont les inconvéniens sont, comme chacun sait, plus grands encore que ceux du phimosis.

L'état des parties ne tarde pas à se modifier si le

traitement est bien dirigé. Au bout d'un petit nombre de jours, on voit l'écoulement reprendre son aspect opalin, et diminuer beaucoup d'abondance. Le prépuce se dégonfle, les parties enflammées perdent leur rougeur vive, et bientôt tous les symptômes sont dissipés. La négligence de certains malades peut augmenter de beaucoup la durée de l'affection, et ajouter à sa gravité, qui n'est cependant jamais très-grande.

La balanite peut être compliquée de chancres et de blennorrhagie ; ce sont alors plusieurs affections qu'on a à traiter ensemble, et qui conservent séparément leurs caractères.

Il suit de là que la *marche* de la maladie est simple et rapide, que sa *durée* est presque toujours beaucoup plus courte que celle de la blennorrhagie urétrale, et que sa *terminaison* est toujours heureuse.

Le *diagnostic* ne présente aucune difficulté sérieuse ; les parties affectées étant accessibles à l'exploration directe, l'erreur n'est pas possible. Il est un seul point sur lequel l'esprit pourrait rester dans le doute. Les excoriations qu'on observe dans un certain nombre de cas sont-elles ou ne sont-elles pas syphilitiques ? Voilà ce que l'on pourrait se demander. Je me borne à rappeler à ce sujet que les excoriations simples n'ont pas de forme déterminée, qu'elles sont très-superficielles, rouges ou rosées à leur surface, et que les ulcérations syphilitiques sont arrondies, grises à leur surface, plus ou moins profondes, avec des bords taillés à pic et plus ou moins durs et élevés. Ces signes différentiels suffisent pour assurer le diagnostic.

Traitement. M. Ricord (*Bulletin thérap.;* août 1843) a donné un très-bon résumé du traitement qui doit être mis en usage dans cette affection ; il serait inutile d'en chercher un autre.

« *Lorsque*, dit cet auteur, *le gland peut être mis à découvert*, *que l'inflammation est légère* et sans trop de desquamation de l'épithélium, de *simples lotions avec l'eau blanche*, l'*interposition d'un linge fin et sec* entre le gland et le prépuce, suffisent pour guérir en quelques jours.

« *Quand la maladie est un peu plus intense*, que la sécrétion muco-purulente est abondante, qu'il existe ou non des excoriations, on fait deux fois par jour des *lotions* avec la solution suivante :

« ℞ Eau distillée........................ 200 grammes.
Azotate d'argent.................... 2 grammes.

« Diss. ;

puis on place un linge sec entre le gland et le prépuce.

« *Lorsqu'il existe des ulcérations un peu plus profondes*, ou que déjà on a affaire à une *hypertrophie des follicules mucipares* (psoro-balanite), il est souvent nécessaire de cautériser les parties malades avec le nitrate d'argent sec.

« *Dans les cas de phimosis*, et dans les mêmes circonstances présumées, on fait trois ou quatre *injections* par jour avec les liquides précédemment indiqués, ou bien *on introduit entre le gland et le prépuce un crayon de nitrate d'argent*, afin de *cautériser superficiellement.*

« Cette méthode, suivie dans les cas les plus graves en apparence, et dans lesquels l'inflamma-

tion commençait à menacer les tissus de gangrène, m'a toujours donné les résultats les plus prompts et les plus favorables.

« Dans ces circonstances, *je ne me hâte jamais d'opérer le phimosis;* d'abord, dans la crainte de l'existence d'un chancre et de l'inoculation consécutive de la plaie qui résulte de l'opération; puis parce que, dans un grand nombre de cas, le phimosis n'étant qu'*accidentel* et *passager*, on peut épargner au malade une opération douloureuse et inutile.

« La *méthode antiphlogistique* et les *émolliens* seuls agissent d'une manière lente et incertaine. Cependant, comme médication accessoire, il est quelquefois utile d'appliquer quelques *sangsues* dans les régions inguinales; et s'il y a réaction fébrile, la saignée du bras est indiquée.

« Le malade doit garder le *repos*, observer un *régime doux*, la *diète* même, dans les cas graves, et faire usage de boissons délayantes et de laxatifs.

« *Lorsqu'il existe beaucoup d'éréthisme*, je fais prendre aux malades, tous les soirs, deux des pilules suivantes :

« ♃ Camphre........................	} ââ	3 grammes.
Thridace........................	}	
Mucilage........................		Q. S.

« F. vingt pilules.

« En général les *bains locaux tièdes*, surtout les *bains de guimauve*, sont plus nuisibles qu'utiles; je préfère les *fomentations avec la décoction de têtes de pavot.* »

On voit que M. Ricord ne rejette pas complétement l'*opération du phimosis*, mais qu'il la réserve seulement pour des cas rares. On est, en effet, forcé quelquefois de la pratiquer lorsque la maladie résistant, l'inflammation fait des progrès, ou lorsque l'on a lieu de soupçonner que des ulcérations s'étendent outre mesure, faute d'être attaquées directement. L'*opération du paraphimosis* n'est pas toujours nécessaire lorsque le malade n'a pas trop attendu pour demander du secours. Les tentatives de réduction sont un peu plus douloureuses que dans les cas où le gland et le prépuce sont sains, mais ordinairement pas assez pour qu'elles soient contre-indiquées, et lorsqu'elles ont réussi, tout rentre promptement dans l'ordre. Lorsqu'elles échouent, ou lorsque l'inflammation est trop vive et les lésions trop profondes pour qu'on ose les tenter, on pratique l'opération, que je n'ai pas à décrire ici.

ARTICLE IV.

BLENNORRHAGIE CHEZ LA FEMME.

Les parties que la blennorrhagie affecte chez la femme étant accessibles à l'exploration directe, surtout depuis que l'usage du spéculum s'est répandu, il semble que son étude doive présenter beaucoup moins de difficulté que celle de la blennorrhagie chez l'homme. Cependant cette question pathologique n'a pas peu fourni matière à discussion, et il est encore aujourd'hui beaucoup de points sur lesquels on est loin d'être parfaitement d'accord. On peut, il est vrai, regarder comme à peu près

résolues les questions qui se rattachent au siége de la maladie dans les divers cas, aux lésions anatomiques qu'elle présente et à ses diverses complications ; mais ce qui reste en litige, et ce qui est, sans contredit, le point le plus important, c'est, comme dans la blennorrhagie chez l'homme, la nature de la maladie, et aussi la distinction de la blennorrhagie vénérienne et de la blennorrhagie non vénérienne. Les inflammations du vagin se ressemblent tellement, quelle que soit leur origine, qu'il est impossible, dans le plus grand nombre des cas, de s'assurer autrement que par des renseignemens précis si elles sont vénériennes ou non ; encore même, si l'on s'en rapporte à l'opinion générale, éprouve-t-on de grandes difficultés sous ce rapport; car, suivant un assez grand nombre d'auteurs, les cas sont très-fréquens où la blennorrhagie que la femme peut communiquer ou qu'elle a contractée par le coït n'est autre chose qu'un simple catarrhe vaginal qui n'a guère plus d'importance qu'un coryza.

Les formes de la vaginite ont chacune des caractères assez tranchés ; mais, en y regardant de près, on voit bientôt que la blennorrhagie vénérienne peut affecter toutes ces formes aussi bien que le simple catarrhe vaginal ; en sorte que, sous ce nouveau point de vue, on ne peut pas davantage tracer une ligne de démarcation bien nette entre les divers états morbides dont il s'agit ici.

Avant que M. Ricord eût eu l'idée d'appliquer le spéculum à l'étude de la blennorrhagie chez la femme, il était bien difficile, ou plutôt impossible de suivre avec précision le développement de cette

maladie; c'est ce qui explique les lacunes qui sont restées dans son histoire jusqu'à ces dernières années. Les auteurs qui avaient le mieux étudié la blennorrhagie chez l'homme, comme Astruc, Swédiaur, et même Hunter, n'avaient pu, bien que ce dernier ait consacré un article particulier à la *gonorrhée chez la femme*, traiter le sujet dont il s'agit que d'une manière très-incomplète. Mais dès qu'on s'est aidé du spéculum, on a vu paraître des travaux qui laissent peu à désirer au point de vue descriptif; tels sont ceux de M. Ricord (Journ. des Conn. médic.-chir.; *de la Blenn. chez la femme;* octobre et décembre 1833), de M. Gibert (*Manuel des Mal. syphil.*), et de M. Durand-Fardel (*Mém. sur la Blenn. chez la femme, et ses diverses complic.;* Journ. des Conn. méd.-chir.; juillet, août et sept. 1840). Nous ne manquons pas, par conséquent, de bons élémens pour tracer l'histoire de cette maladie.

§ Ier. — Définition; synonymie; fréquence.

La définition de la blennorrhagie chez la femme présente les plus grandes difficultés, et ces difficultés, les auteurs ont préféré s'y soustraire en ne définissant pas la maladie, que de chercher à les surmonter. Qu'est-ce que la blennorrhagie chez la femme? Où commence-t-elle, et où finit-elle? Comment la distinguer du simple catarrhe vaginal? Doit-on regarder comme une blennorrhagie toute affection du vagin caractérisée par les signes de l'inflammation de la muqueuse et par un écoulement plus ou moins abondant? Telles sont les questions qui

s'élèvent, et que l'on n'a pas cherché à résoudre d'une manière directe.

Je crois pouvoir établir d'abord que toute vaginite aiguë ne peut pas être considérée comme une blennorrhagie, bien que dans l'examen des symptômes il soit souvent aussi difficile que chez l'homme de distinguer l'inflammation simple de l'inflammation vénérienne. On comprend, en effet, les inconvéniens qu'il y aurait à dire qu'une femme est affectée de blennorrhagie, ce qui implique l'existence d'une affection contagieuse, lorsqu'elle n'a autre chose qu'une inflammation de la vulve, du vagin ou du col de l'utérus, spontanée ou par suite d'irritation mécanique. Il faut, pour qu'on admette l'existence d'une blennorrhagie, qu'on ait affaire à une affection caractérisée par l'apparition de symptômes insolites à la suite du coït, ou, si cette origine est douteuse, que la transmission de la maladie à une autre personne ait démontré son caractère contagieux. D'où découle la définition suivante : La blennorrhagie chez la femme est une inflammation aiguë de la vulve, du vagin, de l'urètre ou du col de l'utérus, survenue à la suite du coït, et, dans tous les cas, pouvant se transmettre par contagion.

On peut, il est vrai, élever d'assez fortes objections contre cette manière d'envisager la blennorrhagie chez la femme. On peut, entre autres choses, dire qu'un catarrhe utérin simple est parfois le résultat d'excès dans le coït, et que ce catarrhe peut donner lieu à un écoulement assez irritant pour communiquer à l'homme une blennorrhagie urétrale. Je dirai d'abord que les auteurs me parais-

sent avoir admis beaucoup trop légèrement les faits de ce genre; que ce qui le prouve, c'est la rareté fort grande de ces catarrhes utérins contagieux chez les femmes qui n'ont communiqué très-évidemment qu'avec des hommes sains, et la rareté non moins grande, quoi qu'on en dise, de la blennorrhagie chez des hommes qui n'ont eu commerce qu'avec une femme parfaitement saine; qu'en un mot on a voulu, bien à tort, dans ces derniers temps, dénier à la blennorrhagie une spécificité qui se manifeste chaque jour par les faits les plus multipliés. La contagion joue un si grand rôle dans cette maladie, que ce seul fait déjà indique sa nature spécifique, et l'on conçoit bien difficilement qu'on ait pu la comparer à des affections telles que le coryza et la bronchite, qui en diffèrent si complétement par leur mode de production. Il peut se faire, bien que la chose paraisse au moins excessivement rare, quoi qu'on en ait dit, qu'une simple inflammation du vagin soit, dans des circonstances particulières, la cause d'une urétrite chez un homme qui aura communiqué avec la femme qui en est affectée; mais, en ce cas, il n'est pas permis de supposer que la maladie se transmettra comme une blennorrhagie véritable. Si l'on veut que nous admettions un pareil fait, il faut nécessairement qu'on nous fournisse, non des assertions plus ou moins tranchantes, mais des observations exactes, rigoureuses, et c'est ce que personne n'a fait. Ces considérations sont, je crois, assez graves pour que nous n'imitions pas ici ce que nous avons fait chez l'homme, ou, en d'autres termes, pour que nous ne confondions pas l'inflammation aiguë simple, qui, du reste, se mon-

tre bien rarement, avec l'inflammation spécifique.

Cette affection a reçu les noms de *gonorrhée chez la femme*, *vaginite*, *urétro-vaginite*, *vaginite vénérienne;* celui de *blennorrhagie* est le plus fréquemment employé.

La grande *fréquence* de cette maladie est trop connue pour qu'il soit nécessaire d'y insister. Cette fréquence est très-différente suivant le siége de l'inflammation; c'est ce que je ferai connaître dans la description des symptômes.

§ II. — Causes.

Les considérations dans lesquelles je viens d'entrer me laissent bien peu de chose à dire sur les causes. Après avoir examiné attentivement les faits, je crois pouvoir établir que la *contagion* est presque l'unique cause de la blennorrhagie. Sans doute cette maladie s'est d'abord développée spontanément, et par conséquent rien n'est plus admissible que la possibilité toujours existante de ce développement spontané; mais tout le monde sait combien il est rare de pouvoir le constater. Ce qu'il y a de certain, c'est que presque toutes les femmes qui la présentent sont celles qui ont un fréquent commerce avec des hommes infectés, et que lorsque l'infection n'existe pas d'un côté ou de l'autre, ou qu'on prend toutes les précautions nécessaires pour prévenir la contagion, les femmes ne présentent que rarement la blennorrhagie, quels que soient d'ailleurs les excès auxquels elles se livrent.

La condition principale dans laquelle paraît se développer le plus facilement la blennorrhagie spon-

tanée chez la femme, est la *malpropreté.* Toutefois ce n'est là qu'une présomption; mais je n'insiste pas sur un sujet aussi obscur, et sur lequel les syphiliographes n'ont jeté que bien peu de lumière, parce qu'ils ont parlé d'après des impressions générales et des faits insuffisans. Je me contente d'ajouter que, pour ceux qui regardent comme une blennorrhagie toutes les espèces de vaginite, la *seconde dentition*, les *dartres des parties génitales*, la *masturbation*, les *excès dans le coït*, toutes les *irritations du vagin*, les *grandes fatigues*, etc., sont des causes de cette affection; mais que rien n'est moins prouvé que l'existence de ces causes, en tant que produisant la vaginite contagieuse, c'est-à-dire la véritable blennorrhagie.

Ce que j'ai dit de l'*incubation*, à propos de la blennorrhagie chez l'homme, s'applique parfaitement à la blennorrhagie chez la femme.

§ III. — Symptômes.

Début. M. Ricord (*loc. cit.*) a parfaitement constaté la grande difficulté de préciser le début de la blennorrhagie chez la femme. Il ne s'agit pas, en effet, ici, comme chez l'homme, d'une affection ordinairement très-aiguë, survenant dans un organe où il n'existait rien de semblable; fort souvent, au contraire, c'est une maladie de peu d'intensité, et qui se manifeste dans le cours d'écoulemens de nature diverse, sans qu'il y ait une ligne de démarcation marquée entre l'état ordinaire et celui qui est constitué par la maladie nouvelle. Dans les cas d'une grande intensité, les symptômes nouveaux se pro-

duisent néanmoins avec une assez grande violence pour que le début puisse être fixé avec une certaine précision; mais dans les autres, qui sont les plus nombreux, il faut renoncer à y parvenir; on ne reconnaît l'existence de la maladie que lorsqu'elle a acquis presque tout son développement.

Un peu de douleur inaccoutumée en marchant, et parfois en urinant, un changement de couleur de l'écoulement, qui auparavant ne consistait qu'en de simples flueurs blanches, sont les signes qui marquent le début dans quelques-uns de ces cas difficiles. Chez les femmes qui, avant la blennorrhagie, ne présentaient aucun écoulement, un sentiment de chaleur insolite, ordinairement à l'entrée du vagin, ou bien dans l'urètre, ou bien encore soit autour du col de l'utérus, soit vers la vulve, ou enfin dans plusieurs de ces points à la fois, suivant le siége de l'inflammation, annonce le début de la maladie, et est bientôt suivi d'un écoulement d'abord clair, puis opalin, puis épais et opaque, comme chez l'homme.

Symptômes. Les symptômes présentent certaines nuances, suivant que la maladie a son siége dans tel ou tel des points que je viens d'indiquer, ou dans plusieurs d'entre eux; mais on peut néanmoins les décrire d'une manière générale, sauf à signaler plus tard ces particularités.

La *douleur* n'est presque jamais comparable à celle que fait ressentir la blennorrhagie chez l'homme, et très-souvent la malade n'éprouve qu'une chaleur incommode, avec un sentiment de pesanteur vers le périnée, l'anus et le rectum. Lorsque l'inflammation est vive, il peut y avoir augmentation de la douleur en urinant, signe sur lequel je revien-

drai en parlant de la maladie suivant le siége.

La *matière de l'écoulement* est d'abord peu abondante et opaline, puis sa quantité augmente et peut devenir extrêmement considérable. Elle prend alors la teinte jaune et verdâtre que nous avons signalée dans la blennorrhagie de l'homme, et la chemise de la malade est couverte de larges taches qui la rendent comme empesée. C'est à la partie postérieure de la chemise qu'il faut principalement rechercher ces taches, et on en comprendra facilement la raison.

Dans les cas où il existait auparavant de simples flueurs blanches, cet écoulement peut se supprimer ou du moins diminuer considérablement par suite de l'apparition d'une inflammation aiguë, puis les choses se passent comme je viens de le dire. Quelquefois, dans de semblables circonstances, l'écoulement simple semble se convertir en écoulement blennorrhagique, en même temps que les signes d'inflammation aiguë se manifestent. Parfois enfin, comme chez l'homme, le liquide est teint de sang.

Si alors on examine, à l'aide du spéculum, la partie affectée, on aperçoit des *lésions* variables soit dans un des points indiqués plus haut, soit, ce qui est plus fréquent, dans plusieurs à la fois. La surface enflammée est d'un rouge plus ou moins vif; on y observe une tuméfaction plus ou moins marquée; elle est chaude, et le contact du doigt et surtout de l'instrument y détermine une douleur assez vive. Dans quelques cas, on constate pendant un ou plusieurs jours cet aspect des parties sans qu'il y ait de sécrétion, et M. Ricord a comparé

cet état à celui qu'on observe sur la peau affectée d'érysipèle. Chez quelques sujets même cet auteur a vu ces lésions se montrer sans écoulement pendant toute la durée de la maladie, en sorte que l'existence de la *blennorrhagie sèche* serait mieux constatée chez la femme que chez l'homme. Ce sujet demande néanmoins de nouvelles recherches. Dans l'immense majorité des cas, au contraire, on trouve la partie affectée et les parties situées au-dessous baignées d'un liquide d'autant plus abondant, plus épais et plus jaunâtre ou verdâtre, que la maladie est plus avancée dans la période d'acuité que je décris ici.

La *membrane muqueuse*, outre la rougeur, présente ordinairement cet état granulé qui sert à caractériser l'inflammation de certaines muqueuses à diverses époques de l'affection.

« J'ai trouvé, dit M. Ricord, en explorant la vulve, le vagin et le col de la matrice, la muqueuse couverte de papules ou de follicules constituant une vaginite ou utéro-vaginite papuleuse, une *psorélytrie*, ainsi que je l'ai nommée, et pouvant se présenter à différens degrés : tantôt sous forme de petites taches de la grosseur d'une tête d'épingle, plus ou moins isolées, plus ou moins confluentes, tantôt sous la forme plus avancée de granulations en quelque sorte privées d'épithélium, et ressemblant à des bourgeons charnus; tantôt enfin pouvant passer à l'état de véritables végétations. » Faut-il, avec M. Ricord, ne voir dans ces deux formes qu'une seule lésion plus ou moins avancée? Les granulations qu'il décrit dans ce passage sont-elles les mêmes que j'ai indiquées plus haut, et qui sont semblables à celles qu'on observe sur la muqueuse ocu-

laire dans la conjonctive, et sur la muqueuse des bronches dans la bronchite? Ce sont des questions qui ne sont pas résolues. Il est très-possible que les grosses granulations soient dues à l'inflammation des follicules, et ne soient autre chose que les grains douloureux que nous avons trouvés chez l'homme, tandis que les granulations fines sont dues seulement à l'irrégularité du tissu muqueux épaissi par l'inflammation.

« La muqueuse vulvaire, ajoute M. Ricord, la muqueuse urétrale, autant qu'on peut la voir, la muqueuse vaginale et utérine, ont souvent présenté des plaques plus ou moins nombreuses, plus ou moins étendues, *ressemblant à des surfaces de vésicatoire* en pleine suppuration. Chez une femme, dans la partie profonde et sur le col de la matrice, la muqueuse a offert une éruption d'herpès phlycténoïde des plus caractérisées; enfin des ulcérations diverses se sont présentées dans les différens points de son étendue. »

Tels sont les symptômes et les signes de la blennorrhagie chez la femme dans la période d'acuité. C'est à l'aide du *spéculum* qu'on découvre ces derniers, et la manière d'introduire cet instrument est aujourd'hui devenue tellement vulgaire, qu'il est inutile de la décrire. Seulement il faut dire que le spéculum ne doit pas être introduit lorsque l'inflammation est très-vive, à cause des violentes douleurs qu'il détermine et de l'exaspération des symptômes qu'il pourrait produire. Il n'y a aucun inconvénient à attendre quelques jours, pendant lesquels des moyens antiphlogistiques sont mis en usage pour calmer l'irritation. On doit aussi s'abstenir de

cette introduction lorsqu'il s'agit de filles très-jeunes dont le vagin est très-étroit, et lorsque ce canal est devenu rigide par suite de maladies antérieures. A l'époque de la menstruation, cette introduction est inutile, parce que, comme le fait remarquer M. Ricord, l'écoulement du sang vient masquer la surface des parties malades, qui d'ailleurs étant dans un état de congestion, pourraient être lésées par l'instrument.

Cet état d'acuité ne dure pas ordinairement plus de six à huit jours; chez beaucoup de femmes même il est très-léger et passager. On voit ensuite la douleur s'apaiser, l'écoulement devenir moins épais, et ordinairement moins abondant; la matière sécrétée devient blanche, puis opaline, et dans cet état l'écoulement peut persister indéfiniment si on ne lui oppose pas un traitement convenable.

L'examen à l'aide du spéculum montre alors que la rougeur est moins vive, et qu'elle finit par se dissiper peu à peu, de sorte qu'assez souvent, au bout de deux ou trois semaines, on ne trouve plus de lésion de la muqueuse, à moins que l'inflammation n'ait été entretenue par des excitations plus ou moins nombreuses.

Les *diverses espèces* de blennorrhagie chez la femme ont été étudiées avec soin par M. Durand-Fardel (*loc. cit.*). C'est le siége de l'inflammation qui les constitue uniquement.

La plus fréquente, sans contredit, est la *blennorrhagie vaginale* ou *vaginite vénérienne*. Il importe, pour en bien constater l'existence, de pratiquer le toucher, et parfois même d'introduire le spéculum. Ce n'est, en effet, quelquefois que la partie la plus

élevée du vagin qui en est atteinte. Cette espèce est surtout remarquable par l'abondance de la sécrétion qui, lorsqu'elle est devenue tout à fait puriforme, a une odeur forte et nauséabonde.

La *vulvite* est la seconde espèce. Elle est remarquable par la douleur qu'elle occasionne, par la tuméfaction des grandes lèvres, et par leur érosion fréquente. L'urine, en passant sur les parties enflammées, détermine une cuisson quelquefois fort vive, à laquelle se joignent assez souvent de vives douleurs dans le canal de l'urètre, parce que, dans cette espèce, le conduit urinaire est concurremment enflammé dans le plus grand nombre des cas.

On a rarement occasion d'observer l'*urétrite*, ou troisième espèce, existant seule. Cependant on en a rapporté plusieurs exemples. M. Durand-Fardel cite ceux qui ont été recueillis par MM. Gibert, Ricord et Cullerier. L'urétrite a pour signes particuliers la douleur vive en urinant, la rougeur et la tuméfaction des bords de l'orifice urétral, et l'écoulement, par cet orifice, d'une goutte de matière puriforme, qui se renouvelle après qu'on l'a essuyée. En pressant d'arrière en avant sur le trajet connu de l'urètre, on fait en outre sortir une plus ou moins grande quantité de cette matière.

Enfin la quatrième espèce, ou *blennorrhagie utérine*, a pour caractères les symptômes de la blennorrhagie tels que nous les avons décrits plus haut, mais *bornés au col de l'utérus*. Elle est surtout remarquable par le peu de douleur qu'elle occasionne, et l'on comprend combien de fois on a dû en méconnaître l'existence avant qu'on fît usage du spéculum. C'est surtout dans des cas de ce genre qu'on

voyait la blennorrhagie être transmise par des femmes qui paraissaient complétement saines.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

Dans la description précédente, j'ai indiqué la *marche* de la maladie. Il me suffit d'ajouter que, comme chez l'homme, elle est extrêmement variable suivant les cas. J'ai dit plus haut quelle est la *durée* approximative de la première période, ou période d'acuité; quant à la seconde période, il est impossible de la connaître, parce que, dans presque tous les cas, on lui oppose des moyens plus ou moins actifs : tout ce qu'il est permis de dire, c'est qu'assez souvent elle tend à se perpétuer.

La guérison est la *terminaison* presque constante de la blennorrhagie chez la femme. Chez quelques-unes il en reste, comme je viens de le dire, des traces qui peuvent transmettre l'affection pendant un temps indéfini, et il en est un certain nombre qui conservent cette propriété, alors même que depuis très-longtemps tous les symptômes locaux ont disparu. On a remarqué, en outre, depuis fort longtemps, un fait singulier, c'est que certaines femmes, après avoir communiqué la blennorrhagie à un homme, peuvent ensuite continuer à avoir des rapports avec lui sans l'infecter de nouveau. Il y a, en pareil cas, une espèce d'acclimatement, et ce qui le prouve, c'est que si les relations sont suspendues pendant un temps assez long, une nouvelle blennorrhagie peut être contractée lorsqu'elles sont reprises. Il faut néanmoins n'accepter qu'avec réserve tous ces faits singuliers, comme aussi ceux

dans lesquels, suivant les auteurs, la maladie se transmet par suite de dispositions accidentelles de la part de l'homme, etc.

§ V. — Diagnostic; pronostic.

D'après ce que j'ai dit plus haut, on ne peut pas espérer, dans certains cas, d'arriver au diagnostic, non pas, bien entendu, de la vaginite, car rien n'est évidemment plus facile, mais de la nature vénérienne ou non de l'affection, puisque les symptômes et les lésions sont les mêmes dans toutes les espèces de vaginite. C'est là cependant ce qui serait, sans contredit, le plus important. Une circonstance qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est que la vaginite survenue sans violence extérieure et sans contagion est une affection extrêmement rare à l'état d'acuité, et que par conséquent, si l'on n'a pas, pour en expliquer l'apparition, une de ces causes extérieures que chacun connaît, on doit être naturellement porté à admettre la contagion, et par conséquent la blennorrhagie vénérienne. Toutefois, comme il est des cas douteux, cette proposition ne s'applique évidemment pas au jugement du médecin légiste, qui doit être on ne peut plus réservé, mais au diagnostic du praticien, qui doit traiter la maladie en conséquence.

§ VI. — Complications.

Les complications de la blennorrhagie chez la femme sont assez importantes pour qu'on doive leur consacrer quelques mots en particulier.

On a regardé généralement les *pustules plates*, *tubercules plats* ou *plaques muqueuses*, qui surviennent fréquemment chez les femmes affectées de blennorrhagie, comme une complication et non comme une conséquence naturelle de la maladie. La plupart des auteurs les considèrent comme un accident secondaire. Quelques-uns cependant, et M. Durand-Fardel est de ce nombre, pensent que cette lésion est aussi souvent primitive que secondaire. Sans vouloir trancher cette question, je crois qu'il est convenable de renvoyer la description des tubercules plats à l'histoire des *syphilides*, comme l'a fait M. Cazenave dans son ouvrage, sauf à discuter alors ce point intéressant. Je me bornerai à dire ici que, dans les cas où ces pustules plates existent, les malades ont très-souvent négligé toute espèce de soins, et que la matière de l'écoulement est ordinairement remarquable par sa fétidité.

Des *érosions* du col, des *granulations* de cet organe, sont plutôt une conséquence de la maladie qu'une complication. On a encore observé des *fissures à l'anus*, et, comme chez l'homme, la blennorrhagie est parfois, chez la femme, compliquée de *chancres* et de *bubons*. Enfin des *abcès des grandes lèvres*, *du périnée*, la *cystite*, et même une véritable *métrite*, une *métrorrhagie*, ont été signalées comme compliquant cette affection. M. Mercier a cité des cas où des douleurs vives du bas-ventre, avec des symptômes marqués de réaction, lui ont fait admettre l'existence d'une péritonite par extension de l'inflammation; mais on a mis en doute l'exactitude du diagnostic, et ce qu'il y a de certain, c'est que ces cas sont au moins extrêmement rares.

§ VII. — Traitement.

Tous les auteurs s'accordent à dire que le *traitement abortif* a une très-faible efficacité dans la blennorrhagie chez la femme; que, dans la très-grande majorité des cas, il ne donne aucun résultat avantageux, et qu'il peut être dangereux. Le copahu, le cubèbe n'ont, en effet, qu'une très-faible action dans ce sens, et la surface enflammée est trop grande pour qu'on ne s'expose pas à produire de graves accidens en portant sur elle des injections caustiques à haute dose.

C'est donc au traitement ordinaire qu'il faut avoir recours. Je n'insisterai, en l'exposant, que sur ce qui est particulièrement applicable à la blennorrhagie chez la femme, car il est beaucoup de moyens que j'ai fait connaître en parlant de la blennorrhagie chez l'homme. Ainsi les *lavemens émolliens*, les *grands bains*, les *bains de siége*, les *émissions sanguines*, lorsque l'inflammation est très-forte, sont employés dans la période aiguë. Les *diurétiques* sont inutiles.

Les *opiacés*, les *antispasmodiques* sont donnés pour combattre la douleur vive et un grand éréthisme.

Les *injections émollientes* sont d'un très-grand usage dans cette période aiguë. On les fait avec une décoction d'eau de guimauve ou de graines de lin. Il est bon, lorsque la surface enflammée est très-douloureuse, d'employer les *injections narcotiques*, et en particulier la décoction de têtes de pavot. Si cependant cette douleur était extrême, il y aurait à craindre qu'elle ne fût encore augmentée par l'in-

troduction de la seringue, et il faudrait s'en abstenir pendant quelques jours. Pendant que la malade est dans le bain, on lui recommande ordinairement de faire des injections multipliées avec l'eau du bain même.

Pour maintenir longtemps les liquides émolliens sur la surface enflammée, on introduit dans le vagin, après l'injection, un *tampon de charpie* imbibé du liquide dont on s'est servi pour la pratiquer, et attaché avec un fil qui sort par la vulve, pour qu'on puisse le retirer facilement. Ce tampon doit avoir la longueur du vagin, mais il faut prendre garde de le faire trop volumineux, car par la pression qu'il exercerait il deviendrait très-incommode et augmenterait la douleur. M. Ricord fait remarquer qu'il n'est pas nécessaire d'employer le spéculum pour introduire ce tampon, et que les femmes peuvent très-bien le placer avec le doigt.

Lorsque les règles surviennent dans le cours du traitement, il faut s'abstenir de ces injections qui pourraient avoir des inconvéniens faciles à comprendre.

Quand la période aiguë est terminée, on doit recourir à des injections d'une autre nature. L'*acétate de plomb* est alors fréquemment mis en usage. M. Ricord emploie la formule suivante :

♃	Eau commune........................	500 grammes.
	Acétate de plomb cristallisé...........	15 grammes.

M.

Ces injections se font deux fois par jour, de la même manière que les injections émollientes, et il est bon aussi d'introduire le tampon imbibé de

ce liquide astringent. D'autres liquides astringens ou cathérétiques peuvent être injectés de la même manière, mais je les indiquerai en parlant de la *blennorrhée.*

Les injections avec une dose médiocre de nitrate d'argent (0,10 grammes par 30 grammes d'eau) sont aussi employées ; mais il vaut mieux, lorsqu'il n'y a plus aucune douleur, pratiquer la cautérisation avec le nitrate d'argent sec, ce qui se fait d'une manière très-simple. Le spéculum étant introduit, on cautérise d'abord le col, puis retirant lentement l'instrument, on passe le crayon caustique sur la surface du vagin, à mesure qu'elle se présente à son orifice.

La maladie ayant, dans un bon nombre de cas, déterminé un écoulement rebelle dont la source principale paraît être dans le col de l'utérus, on a proposé de porter les injections jusque dans la cavité de l'organe; mais des faits rapportés par M. Bretonneau et par Hourmann (*Journ. des Conn. médic.-chir.;* juillet 1840) ont prouvé que ces injections sont loin d'être sans danger, car le liquide pouvant pénétrer dans le péritoine à travers la trompe, il s'ensuivrait une péritonite des plus graves.

Hourmann a préconisé un traitement bien simple contre les écoulemens rebelles. Après avoir pratiqué une injection pour nettoyer complétement la surface sécrétante, il introduisait un *tampon de charpie sèche* destiné à absorber le liquide muco-purulent qui, baignant les parties, les entretient dans un état d'irritation permanente. Ce moyen n'est pas sans utilité ; mais il résulte d'un nombre considérable d'observations recueillies par M. Cossy, dans

le service de M. Louis, qu'après avoir, dans les premiers jours, diminué notablement l'écoulement, le tamponnement cesse ordinairement d'avoir un effet marqué, et peut même être nuisible. Lorsqu'il a produit cette diminution, il faut donc renoncer à ce moyen, et recourir aux injections astringentes ou au caustique.

Je n'ai point parlé des moyens internes qu'on a essayés pour *couper* la blennorrhagie dans cette seconde période, parce qu'ils sont aujourd'hui généralement abandonnés. Les médecins qui se sont le plus spécialement occupés des maladies vénériennes ont tous reconnu, en effet, que ces médicamens ne réussissent presque jamais, tout en conservant les inconvéniens que j'ai signalés en parlant de la blennorrhagie chez l'homme. Il est un seul cas où on doit les mettre en usage, c'est lorsque le siége de l'affection est borné au canal de l'urètre. Alors on en obtient de bons effets, ce qui s'explique très-bien par la ressemblance qu'a la maladie avec la blennorrhagie de l'homme.

Je ne pousse pas plus loin l'exposé de ce traitement. Il serait, en effet, inutile de parler de la médication qui convient dans les complications, puisque j'aurai à la faire connaître dans les diverses maladies complicantes, et, d'un autre côté, je passerai en revue, à propos de la *blennorrhée*, les divers moyens qu'il me reste encore à mentionner.

ARTICLE V.

BLENNORRHÉE.

La blennorrhée, affection parfois très-rebelle, n'a pas été étudiée avec plus de précision que la blennorrhagie. C'est presque toujours dans des articles généraux qu'on en a donné une description plus ou moins détaillée; aussi trouverons-nous une assez grande obscurité dans quelques parties de son histoire, et notamment dans son étiologie.

La dénomination de blennorrhée est généralement employée comme synonyme de *blennorrhagie chronique*. Il est certain que, dans l'immense majorité des cas, l'écoulement chronique qui la constitue succède à la blennorrhagie aiguë, et n'est évidemment autre chose que cette affection passée à l'état chronique. Mais il est quelques cas aussi où cet écoulement se montre dès le début avec tous ses caractères, et quelques médecins ne veulent voir dans les cas de ce genre qu'un flux muqueux sans caractère inflammatoire. Toutefois l'examen des faits prouve qu'il y a, même dans ces cas, des signes d'irritation, bien que légers, et ne permet pas d'adopter cette dernière manière de voir.

Causes. Parmi les *causes prédisposantes*, il n'en est aucune qui soit plus généralement admise que le *tempérament lymphatique* et le *vice scrofuleux*. Sans nier l'influence de ces conditions, je ferai remarquer que les recherches sur ce point sont bien loin d'être rigoureuses. Il en est de même de l'*habitation dans un lieu humide* et de l'*hérédité* dont

néanmoins la grande influence a été soutenue tout récemment par M. le docteur Andrieu dans un article d'un journal de Montpellier.

Les *causes occasionnelles* le plus souvent observées sont les *excès* de tout genre, et principalement les *excès vénériens;* la *négligence* apportée par les malades *dans le traitement* de la blennorrhagie aiguë; toutes les *excitations des parties génitales;* l'usage de la *médication antiphlogistique* trop longtemps prolongée, et enfin certaines lésions profondes des diverses parties du canal de l'urètre.

L'existence d'un *rétrécissement* peut perpétuer la blennorrhagie. Nous avons vu, en parlant des *pertes séminales*, que l'*inflammation chronique de la portion prostatique* de l'urètre a le même effet. Les recherches de M. Baumès ont confirmé sous ce rapport les faits cités par M. Lallemand. Le premier de ces auteurs a vu que l'inflammation qui entretient l'écoulement chronique peut avoir son siége dans une autre partie du canal, et notamment dans la fosse naviculaire; mais il résulte de ses observations que, dans les écoulemens invétérés, les lésions se trouvent environ huit fois sur dix dans la portion prostatique.

Quelques auteurs, et en particulier M. Lisfranc, ayant remarqué que, dans les écoulemens chroniques, il existe le long du canal de l'urètre de *petites granulations indurées*, ont pensé qu'elles étaient la cause de ces écoulemens rebelles; mais il est évident que ces granulations, qui sont dues à l'induration des follicules chroniques enflammés, sont le résultat et non la cause de la maladie. Enfin on a invoqué une sorte d'*habitude* contractée par la surface muqueuse.

Symptômes. Les symptômes de la blennorrhée sont peu nombreux et très-simples. Cette affection, comme je l'ai dit plus haut, n'est presque jamais que la continuation d'une blennorrhagie aiguë dont il ne reste plus guère que l'écoulement. Celui-ci est ordinairement très-peu abondant et ne constitue qu'un simple suintement qui souvent, même chez l'homme, ne se montre qu'à certains momens de la journée. C'est ainsi que, chez un grand nombre de malades, il est rarement possible, dans le jour, de voir une quantité appréciable de matière morbide sortir du canal de l'urètre. C'est le matin, lorsqu'on n'a pas uriné depuis longtemps, qu'en pressant le canal d'arrière en avant, on en fait paraître une goutte. Il n'est pas rare néanmoins de trouver, même pendant la journée, les bords du méat urinaire collés par une matière desséchée qui n'est autre chose que la matière du suintement. D'autres fois, la matière de l'écoulement est plus abondante, et, chez quelques sujets, la maladie consiste dans une humidité continuelle du canal de l'urètre.

La couleur et la consistance de la *matière morbide* sécrétée sont variables. Dans le plus grand nombre des cas néanmoins, on ne trouve qu'un muco-pus blanc et assez fluide. Il en résulte sur le linge de petites taches grisâtres qui lui donnent de la fermeté, et qui souvent ressemblent à des taches de sperme.

Lorsqu'il existe des lésions profondes de la portion prostatique de l'urètre, les malades éprouvent vers le périnée un sentiment de tension et de pesanteur qui peut augmenter dans des circonstances très-diverses. Sauf ces cas et ceux où il existe un ré-

trécissement du canal, il n'y a pas d'autres symptômes que ceux que j'ai mentionnés plus haut. La santé générale n'est nullement altérée, à moins que les malades ne s'affectent profondément de leur état ou qu'ils n'aient des *pertes séminales involontaires*, auxquels cas il survient des symptômes d'hypochondrie avec les divers accidens nerveux qui en sont la conséquence.

Chez la femme, la blennorrhée ne présente guère à considérer qu'un écoulement d'abondance variable d'une matière semblable à celle qne je viens de décrire. Cependant si on examine les malades au spéculum, on trouve très-fréquemment des érosions, des granulations du col qui sont la source de ces écoulemens prolongés. Il faut se rappeler, quand on examine le linge des malades, que c'est surtout sur la partie postérieure de la chemise que se trouvent les taches qui résultent de l'écoulement; car souvent, dans l'intention d'induire le médecin dans l'erreur, les femmes ne présentent que la partie antérieure, où ces taches peuvent très-bien ne pas exister, bien que l'écoulement blennorrhéique soit constant.

Une fois établie, la blennorrhée a la plus grande tendance à se perpétuer, si on ne lui oppose un traitement actif; sa *durée* est par conséquent indéterminée. Mais bien qu'on ait cité quelques cas très-rebelles, on peut dire d'une manière générale que sa terminaison est heureuse.

Je n'aurais rien à dire sur le *diagnostic* de la blennorrhée qui n'ait été dit à propos de la blennorrhagie. Dans l'une et dans l'autre, toute la difficulté consiste à savoir quelle est la cause et, par suite, la nature de l'écoulement.

Le *pronostic*, d'après ce que j'ai dit plus haut, ne saurait être considéré comme fâcheux. Cependant on comprendra facilement que, dans les cas où il y a une lésion profonde de la prostate ou un rétrécissement, on a affaire à une maladie devenue sérieuse par suite de cette complication.

Traitement. Le traitement est, sans contredit, la partie la plus importante de l'histoire de la blennorrhée. L'affection peut, en effet, être très-rebelle dans certaines circonstances, et l'on a proposé un grand nombre de moyens pour la combattre.

Disons d'abord que, de tous les remèdes mis en usage dans la seconde période de la blennorrhagie, il n'en est aucun qui ne soit applicable à la blennorrhée, et que, dans la très-grande majorité des cas, ils suffisent pour en triompher. Ce n'est donc que lorsqu'on aura échoué par ces moyens, et en particulier par les *injections caustiques et astringentes* mentionnées aux articles consacrés à la blennorrhagie, qu'on aura recours à ceux que je vais indiquer maintenant, me contentant de renvoyer à ces articles pour le traitement ordinaire.

Tous les auteurs ont recommandé d'examiner d'abord attentivement les conditions générales dans lesquelles se trouvent les malades qui ont des blennorrhées rebelles. *Si le sujet a été simplement débilité* par l'emploi trop prolongé des antiphlogistiques ou par un régime trop sévère, il suffit souvent de lui recommander un régime substantiel, l'usage du vin de Bordeaux pur et quelques toniques, pour voir se dissiper rapidement un écoulement qui durait depuis fort longtemps.

Dans le plus grand nombre des cas néanmoins,

il est nécessaire de pratiquer concurremment des *injections caustiques ou astringentes.* On recommande ordinairement de porter ces injections à une *dose plus élevée que dans la blennorrhagie*; mais ce précepte ne doit pas être donné d'une manière absolue. M. Serre rapporte des exemples dans lesquels on voit des injections à très-faibles doses supprimer des écoulemens chroniques, et j'ai vu, dans un cas entre autres, un suintement habituel qui durait depuis plus de deux ans, arrêté d'une manière définitive par une seule injection avec de l'eau distillée chargée de nitrate d'argent dans la proportion de 0,05 grammes par 30 grammes de liquide. Il faut répéter ici, parce que c'est un point capital, que les injections n'ont pas réellement le résultat fâcheux de produire des rétrécissemens; que l'on doit bien plutôt redouter cette lésion lorsque la maladie se prolonge outre mesure, et que, par conséquent, on ne doit pas hésiter à *couper* ainsi une blennorrhée dont la durée n'est déjà que trop longue.

Quelquefois la constitution est tellement débilitée, *surtout chez les sujets lymphatiques*, qu'il faut insister sur les analeptiques et les *toniques* et recourir aux ferrugineux. On donne le *carbonate de fer* (1, 2 et 3 grammes), on prescrit les *eaux ferrugineuses*, etc. En même temps, pour donner plus de force à l'organisme, la plupart des auteurs recommandent les *bains froids* et surtout les *bains de mer.*

Lorsque la maladie est entretenue par une lésion, une inflammation chronique et plus ou moins profonde de la portion prostatique de l'urètre, on doit agir comme il a été dit dans l'article consacré aux *pertes séminales involontaires* (*voy.* t. VII), et em-

ployer surtout la cautérisation telle que la pratique M. Lallemand. Je n'ai pas à m'occuper ici du traitement des *rétrécissemens* de l'urètre, qui appartient exclusivement à la chirurgie.

Moyens divers. Après avoir, d'une manière générale, indiqué la conduite à suivre dans la blennorrhée, je vais faire connaître des moyens variés préconisés par des auteurs qui se sont occupés spécialement de ce sujet. Ils appartiennent à tous les genres de médicamens mentionnés soit dans cet article, soit dans celui qui est consacré à la blennorrhagie; mais il eût été bien difficile de les présenter dans un ordre très-méthodique, et j'ai préféré les rassembler ici. Le lecteur y trouvera quelques formules intéressantes.

Le docteur Most (*Encykl. der Med. und Chir. Praxis*) recommande vivement la préparation suivante dans les cas de blennorrhée ancienne chez des sujets débilités par un traitement antiphlogistique prolongé et par un régime trop sévère.

℞ Térébenthine de Venise..........	âā 8 grammes.
Extrait de gentiane..............	
Gomme kino....................	
Sulfate de fer..................	

F. S. A. des pilules de 0,10 grammes.
A prendre de cinq à huit, trois fois par jour.

Le docteur Hoering (*Mittheil. der Würt. aerztl. Ver.*; 1834) associe l'*extrait de ratanhia* au fer et prescrit en même temps des injections avec une décoction de ratanhia.

Plusieurs auteurs, parmi lesquels il faut principalement citer le docteur Richond (*Arch. gén. de Méd.*, 1824) et Dal Persico (*Annal. univ. di Med.*, 1831) ont employé, et ce dernier avec succès dans neuf cas de

blennorrhée très-opiniâtre, la *teinture d'iode*. M. Richond en a porté la dose de 15 gouttes par jour, quantité par laquelle il commence, jusqu'à 40 et même 50 gouttes par jour. Pour faire prendre ce médicament, il suffit de le donner dans une tasse de tisane édulcorée ou dans un demi-verre d'eau sucrée. Je dois ajouter que, malgré les assertions de ces auteurs et quelques faits qu'ils ont rapportés, et qui ne sont pas tous concluans, on n'a recours que bien rarement à l'iode pris à l'intérieur. Ce médicament ayant échoué dans les mains de beaucoup d'expérimentateurs, la plupart des médecins l'ont abandonné. Peut-être, en étudiant attentivement toutes les conditions dans lesquelles se trouvent les malades, déterminerait-on les cas où on arriverait à un heureux résultat.

La *teinture de cantharides* a été employée par un nombre assez considérable d'auteurs. Parmi eux il faut citer en première ligne Bartholin, F. Hoffmann et Richard Mead. Plus récemment les docteurs Eberle (*A treat. of the mat. med.*, 1823) et Robertson (*voy. Bibl. méd.*, t. XX) l'ont préconisée. Ce dernier a prescrit le médicament à des doses tellement considérables, qu'on ne peut conseiller de suivre son exemple. Il ne faut, avec Hecker, dépasser la dose de 10 à 20 gouttes par jour, données dans un liquide mucilagineux, qu'avec beaucoup de précaution et dans des cas rares et très-rebelles.

Le *chlorure de chaux* a été recommandé, non seulement en injections, mais encore à l'intérieur. Graefe (*Graefe's and Walther's Journ.*; 1831) a beaucoup vanté ce médicament, qu'il donnait de la manière suivante :

℞ Chlorure de chaux	4	grammes.
Emulsion d'amandes douces	220	grammes.
Teinture d'opium	4	grammes.
Sirop d'orgeat	30	grammes.

M.

A prendre une cuillerée à bouche toutes les trois heures.

Le docteur Caussade (*Notice des trav. de la Société de Méd. de Bord.*) ayant traité quelques cas de blennorrhagie chronique par ce médicament, et ayant vu les malades sortir guéris au bout de dix, quinze et vingt jours, lui a attribué une vertu supérieure à celle du copahu et du cubèbe. C'est en pilules qu'il administre le chlorure de chaux. Ces pilules sont ainsi composées :

℞ Chlorure de chaux	4	grammes.
Extrait gommeux d'opium	0,45	grammes.
Mucilage de gomme		Q. S.

Faites cinquante-quatre pilules.

A prendre une de deux heures en deux heures.

Les faits rapportés par ces auteurs méritent sans doute considération; mais il faut remarquer que des *injections de chlorure de chaux* ont été faites concurremment avec l'administration de ce médicament à l'intérieur, et qu'il est par conséquent impossible de savoir quels sont les effets de ce dernier mode d'administration. Ces injections sont les suivantes, d'après la formule de Graefe :

℞ Chlorure de chaux	} ââ 4	grammes.
Teinture d'opium	}	
Eau distillée	300	grammes.

Faire une ou deux injections chaque jour.

On a encore prescrit la *noix vomique* (Handel,

Hufel. Journ.; 1800), la *busserolle* ou *uva ursi* (Landeberg); la *tormentille* (Thom), et une foule d'autres médicamens qu'il serait trop long et superflu d'indiquer ici.

Je me bornerai à mentionner le *vésicatoire au périnée*, proposé par M. Malenfant (*Arch. gén. de Méd.*; 1827) et à ajouter qu'avec les toniques et les ferrugineux, dans les cas où les sujets sont lymphatiques et affaiblis, les moyens sur lesquels il faut principalement insister sont les injections astringentes (avec le vin rouge, la décoction d'écorce de chêne, de noix de galle, d'acétate de plomb, de ratanhia, de tannin, etc., etc.).

Dans les cas de blennorrhée *chez des femmes lymphatiques* et scrofuleuses, M. Ricord recommande spécialement les injections avec la solution suivante :

℞ Eau distillée........................	90 grammes.
Teinture d'iode........................	4 grammes ;

et il ajoute : « Si l'on veut obtenir quelque chose de ce traitement, il faut le continuer avec beaucoup de soin. »

Il n'y a pas de résumé général à donner d'un traitement qui consiste dans des moyens si divers.

ARTICLE VI.

CHANCRE.

Les ulcères vénériens peuvent survenir parfois presque immédiatement, et plus souvent peu de jours après l'infection syphilitique, ou bien un temps plus long et très-variable après que les pre-

miers signes d'infection se sont montrés. Dans le premier cas, on désigne ces ulcères sous le nom de *chancres primitifs*, et dans le second sous celui de *chancres consécutifs*, indices d'une syphilis constitutionnelle. Telle est du moins la division qui a été longtemps adoptée. Mais aujourd'hui on établit une différence tellement tranchée entre ces deux espèces d'ulcères, que le langage tend à changer, et que beaucoup d'auteurs réservent le nom de *chancre* à l'ulcère primitif, le refusant à l'ulcère consécutif dont, suivant M. Ricord, il se distingue par cette circonstance capitale, que le véritable chancre a pour caractère essentiel de s'inoculer avec la plus grande facilité, tandis que la seconde espèce ne s'inocule pas. Sans vouloir ici trancher cette question, sur laquelle je reviendrai, je dirai que mon intention est de ne traiter dans cet article que du chancre primitif, ayant déjà parlé de quelques ulcères secondaires, comme ceux qui se montrent à la gorge, et me réservant, à l'exemple de M. Cazenave (*voy. Traité des Syphilides*), de traiter d'une manière générale des ulcères vénériens consécutifs, dans l'histoire des *symptômes concomitans des syphilides.*

Je n'ai pas la prétention de donner ici un historique de cette maladie. Je dirai seulement qu'on a beaucoup disserté sur l'origine plus ou moins ancienne des ulcères vénériens, et que cette question est encore plus obscure que celle de l'origine de la blennorrhagie. Cependant M. Cazenave (*voy. Traité des Syphilides*, p. 17 et suiv.) a réuni un si grand nombre de preuves en faveur de l'existence de cette affection dans l'antiquité, que l'on ne peut

s'empêcher de se ranger à son opinion. Ce qui fait sans aucun doute que les auteurs grecs, latins et arabes ne nous ont pas donné une description plus précise des ulcères vénériens, c'est qu'on n'avait pas encore observé de ces grandes épidémies qui aux XVe et XVIe siècles attirèrent si fortement l'attention des médecins, et que ces affections, plus ou moins soigneusement cachées par les malades, ayant des formes à peu près semblables à celles d'autres affections dont elles ne se distinguent que par leur spécificité, les auteurs les ont le plus souvent rangées parmi les maladies ordinaires, sans découvrir qu'elles forment un groupe des plus distincts dans le cadre nosologique. Cependant les passages de Michael Scot (*Opus*, 1477, cap. VI), de Guillaume de Salicet (*Chir.*, I, 42; 1476), de Lanfranc (*Parva Cyrurgia*, etc.; Mediol., 1476), et de plusieurs autres, sont déjà assez explicites pour que l'existence de la syphilis, avant l'épidémie du XVe siècle, ne paraisse pas douteuse.

Mais c'est à dater de cette dernière époque que des descriptions nombreuses, détaillées, précises, sont venues éclairer le monde médical. Une infinité d'auteurs que je ne peux pas citer ont entrepris dès ce moment l'étude des affections syphilitiques, et ont commencé cette série de travaux importans, parmi lesquels ceux d'Astruc, de Swédiaur, de Hunter, sont surtout célèbres. Dans ces dernières années, l'étude des maladies syphilitiques, et par conséquent du chancre, qui est la principale, a été continuée avec ardeur, et les ouvrages des Cullerier, de MM. Ricord, Baumès, Cazenave, Gibert, Ludwig Dietrich et plusieurs autres, sont venus augmenter nos connais-

sances sur cette partie importante de la pathologie. Il a paru en outre un bon nombre de Mémoires que j'aurai soin de citer dans l'occasion.

§ Ier. — Définition; synonymie; fréquence.

D'après ce que j'ai dit plus haut, je dois donner le nom de *chancre* à un ulcère transmis par la contagion vénérienne, dont il est un accident primitif. C'est lui qu'on trouve décrit dans beaucoup d'auteurs sous les noms d'*ulcère vénérien* et d'*ulcère syphilitique*, dénominations qui ne sont pas justes si on n'y ajoute l'épithète de *primitif*, car elle comprend deux espèces de lésions qui se montrent dans des circonstances dissemblables, qui n'ont pas la même valeur séméiotique relativement à l'infection générale, et qui diffèrent par quelques-uns de leurs caractères.

La *fréquence* du chancre est grande, mais beaucoup moins que celle de la blennorrhagie.

§ II. — Causes.

Il semble presque puéril de parler des causes du chancre, puisqu'il est évident pour tout le monde que cette affection a pour unique cause productrice la *contagion*. Il n'en est pourtant pas ainsi. Tout en reconnaissant la nécessité de cette cause, on a émis des opinions très-diverses sur les conditions dans lesquelles se transmet le chancre par la contagion, et de plus on a attribué à certains états morbides généraux la faculté de modifier l'ulcère vénérien; ce seraient donc là des causes de certaines espèces de chancres, et il s'agit d'exa-

miner jusqu'à quel point cette manière de voir est exacte.

1°. *Causes prédisposantes.*

Les causes prédisposantes ont évidemment beaucoup moins d'importance relativement au chancre que relativement à la blennorrhagie. Une seule réflexion le prouvera : si on inocule, sur un individu quelconque, le pus du chancre dans la période de progrès de l'ulcère, on est sûr que le chancre sera transmis ; il en sera de même si un individu ayant une écorchure à la verge, communique avec une femme ayant un chancre ; toute prédisposition, en pareil cas, est inutile. Cependant beaucoup d'auteurs ont cité des sujets qui ont pu communiquer plusieurs fois avec des femmes évidemment infectées sans contracter la maladie, tandis que d'autres ayant commerce avec les mêmes femmes, la contractaient très-facilement. On est naturellement porté à admettre, quoiqu'on n'en ait pas la démonstration directe, que cette espèce d'immunité est due à une moins grande perméabilité des tissus, tandis que la disposition contraire favorise singulièrement la contagion. Il n'est pas douteux en outre qu'un individu dont la muqueuse préputiale se déchire, s'éraille facilement, ne soit beaucoup plus exposé qu'un autre à la contagion.

Nous verrons plus loin qu'on a admis l'existence de chancres scrofuleux, scorbutiques, arthritiques. Il s'ensuivrait donc que les sujets qui présentent le *vice scrofuleux, scorbutique*, etc., sont prédisposés à offrir ces formes particulières de la maladie. Je dis prédisposés, parce que personne ne peut nier

que parmi ces sujets il en est un bon nombre qui présentent le chancre avec ses caractères ordinaires. Je me contente d'indiquer ici cette opinion, me réservant de discuter plus loin si l'existence de ces espèces particulières de chancres doit être admise d'une manière aussi explicite.

Enfin, dans la manière de voir de plusieurs auteurs, il faudrait admettre une prédisposition bien prononcée de la part de certains individus à contracter le chancre, puisqu'ils ne doutent pas de la réalité de certains faits dans lesquels on voit des sujets prendre un ou plusieurs chancres là où il n'existe qu'une simple *blennorrhagie*, et où d'autres individus ne prennent qu'un écoulement. Mais c'est là une question qui exige quelques développemens, et que je vais aborder en exposant les causes occasionnelles.

2°. *Causes occasionnelles.*

Pour quelques auteurs, parmi lesquels il faut citer B. Bell (*Inquiry into some effects of the vener. Poison;* 1802), Hernandez, et dans ces derniers temps M. Ricord, qui a multiplié les expériences pour soutenir cette opinion, le chancre ne peut provenir que d'un chancre, et le pus blennorrhagique, lorsque l'affection n'est pas compliquée, ne saurait le produire. Mais ce n'est pas là l'opinion générale, et M. Cazenave a rapporté beaucoup d'exemples de chancres contractés par le contact des parties génitales avec la matière de l'écoulement blennorrhagique. Ces faits ont été contestés, il est vrai, mais par de simples assertions, et d'ailleurs l'expérimentation elle-même est venue en aide sur

ce point à l'observation; on connaît les expériences de Hunter, qui en avait tiré la conclusion suivante : « J'ai démontré, dit-il (*Traité de la Syphilis;* trad. de Richelot, t. II, p. 440), que la gonorrhée et le chancre présentent la même disposition morbide, au point qu'ils produisent la même espèce de pus. » M. Ricord a eu encore recours à l'existence du chancre larvé pour repousser ces faits.

Je ne reviendrai pas sur cette discussion que j'ai présentée avec de grands détails à l'article *Blennorrhagie;* je me bornerai à citer ici un fait qui a un rapport direct à notre sujet, et qui est sans contredit un des plus concluans qu'on ait publiés. On trouve dans un travail important de M. de Castelnau (*Rech. sur l'Inocul.;* 1841) une observation où l'on voit l'inoculation pratiquée avec du pus blennorrhagique, en l'absence de toute complication, ce dont on s'était assuré par le plus minutieux examen, être suivie de la pustule caractéristique du chancre, comme si on avait inoculé le pus chancreux lui-même. Je pense donc qu'on ne peut s'empêcher d'admettre que, dans certaines circonstances, le pus blennorrhagique peut produire un véritable chancre; mais il faut reconnaître que les cas de ce genre sont rares, et que la transmission du chancre se fait presque toujours par le contact des parties couvertes ou non de l'épithélium ou de l'épiderme avec la surface d'un ulcère de même nature.

Cette circonstance de la *dénudation du derme* est évidemment une des plus puissantes causes déterminantes de l'inoculation du virus syphilitique qui produit le chancre; l'on conçoit très-bien, en effet, que, dans un certain nombre de cas, elle ait déterminé

la production d'un ulcère, alors que la partie n'était en contact qu'avec du pus blennorrhagique, et que dans d'autres elle ait occasionné la production de la maladie, qui sans elle n'aurait pas été contractée. Une écorchure dans une partie quelconque du corps peut devenir le siége du chancre, car le simple contact de la portion du derme dénudé avec le pus virulent suffit pour produire l'infection. Tout le monde connaît les exemples de chancres contractés par le simple toucher, par le contact des lèvres, etc.

Il est une opinion qu'il serait à peine nécessaire d'indiquer, si elle n'avait été soutenue par des hommes recommandables : c'est qu'il est nécessaire, pour que la contagion ait lieu, que les organes soient dans un certain orgasme. Les faits de simple contact qui abondent dans la science, et ceux d'inoculation, prouvent combien cette opinion est peu fondée.

M. Ricord a établi entre les chancres primitifs ou chancres proprement dits et les ulcères consécutifs une distinction des plus importantes : c'est que les premiers, seuls, ont la faculté de se transmettre par contagion. Nous verrons même, en parlant de l'inoculation, à propos du *diagnostic*, que ce n'est qu'à une certaine période du chancre que, suivant lui, la contagion peut avoir lieu.

Tous les auteurs n'ont pas admis cette différence entre les chancres et les ulcères consécutifs; M. Cazenave, entre autres, tout en reconnaissant que les premiers communiquent l'infection avec une facilité incomparablement plus grande que les derniers, s'exprime ainsi à ce sujet : « De même, dit-il (*loc.*

cit., p. 126), que certains accidens primitifs, complétement pourvus du caractère contagieux, ne peuvent cependant pas communiquer l'infection à certains individus, de même il est probable que les phénomènes secondaires, quoique généralement inoffensifs, peuvent cependant devenir contagieux pour certaines personnes, et, dans les deux cas, il y a une exception qui n'est explicable que par ce que j'ai déjà dit de l'individualité. » On voit que M. Cazenave n'a ni expériences ni faits à opposer aux expériences et aux faits cités par M. Ricord; seulement il reste dans le doute, et croit à la possibilité de quelques cas exceptionnels. Pour moi, je dirai que quand même on aurait des exemples de cette exception, le fait général si bien mis en lumière par M. Ricord n'aurait pas moins une importance majeure; car s'il est vrai que pour quelques symptômes secondaires, comme les éruptions cutanées, on pensât avant lui qu'ils avaient une propriété contagieuse très-faible, il n'en était pas de même de certains autres, tels que les ulcères consécutifs, qui, par tous leurs caractères, peuvent ressembler si parfaitement aux chancres, que les plus habiles ne puissent y voir aucune différence.

Ainsi, 1° *règle générale*, pour contracter un chancre, il faut le contact d'une partie du corps (intacte ou érodée s'il s'agit d'une muqueuse; le plus souvent érodée, éraillée, écorchée, s'il s'agit de la peau) avec le pus du chancre proprement dit ou ulcère primitif; 2° dans un petit nombre de cas, le pus blennorrhagique paraît suffire pour produire le même effet, surtout si la partie est éraillée; 3° il n'est nécessaire

d'aucun orgasme pour cela ; 4° il n'est pas prouvé que les symptômes secondaires puissent se transmettre par contagion ; s'il en était ainsi, ce ne serait que dans des cas tout à fait exceptionnels qui n'infirmeraient en rien la règle générale.

§ III. — Symptômes.

Pour étudier les symptômes du chancre, on a proposé plusieurs divisions principalement tirées de la forme de l'ulcère. M. Dietrich (*Nouv. Traité des Malad. vénériennes*) en admet cinq espèces qui sont les suivantes : 1° l'*ulcère simple et superficiel ;* 2° l'*ulcère simple et profond*, qui résulte souvent de la suppuration des follicules muqueux; 3° l'*ulcère hypertrophique*, qui ne paraît être autre chose que l'*ulcus elevatum ;* 4° l'*ulcère calleux* ou *chancre huntérien ;* 5° l'*ulcère compliqué*, dont les variétés sont l'ulcère *syphilitico-scrofuleux ;* l'ulcère *syphilitico-saburral* et *syphilitico-scorbutique ;* l'ulcère *syphilitico-arthritique ;* l'ulcère *syphilitico-impétigineux*, et enfin l'ulcère *syphilitico-mercuriel.* Cette division paraîtra beaucoup trop subtile, surtout en ce qui touche à l'ulcère compliqué, car, dans les descriptions de l'auteur allemand on ne trouve aucune différence assez tranchée pour qu'on soit autorisé à admettre ces distinctions, qui résultent plutôt de la manière de concevoir certains faits que d'une observation rigoureuse.

La division suivante est la plus généralement adoptée : 1° *chancre induré* ou *chancre huntérien ;* c'est la forme qui se présente à l'observation dans

la très-grande majorité des cas; c'est elle qu'on peut regarder comme le type de l'ulcère vénérien primitif; 2° *chancre simple ou superficiel*, dans lequel le fond est au niveau des bords, où l'on ne trouve pas d'induration; 3° *chancre phagédénique*. Ces trois espèces comprennent des variétés qui seront indiquées dans la description suivante, car c'est là la division que je vais suivre.

Incubation. Quelle que soit l'espèce de chancre à laquelle on ait affaire, il se passe toujours un temps plus ou moins long avant que les symptômes deviennent assez notables pour fixer l'attention. Aussi presque tous les auteurs ont-ils reconnu une période d'incubation. M. Ricord, néanmoins, refuse d'admettre cette période. Pour lui, dès le moment de l'application du pus virulent, l'action morbifique, qui agit localement, est commencée. Il s'est fondé, pour soutenir cette opinion, sur ce qui se passe quand on pratique l'inoculation; il a vu, en effet, le travail commencer dans la piqûre et se manifester par une faible rougeur, un petit picotement, etc., très-peu de temps après que le liquide virulent a été introduit sous l'épiderme. Mais on a fait remarquer avec raison qu'on ne pouvait pas comparer rigoureusement ces cas d'inoculation avec ceux où le virus a été en contact avec les tissus recouverts de leur tégument intact. Ce qu'il y a de certain, c'est que, pendant un temps qui est ordinairement de deux à quatre jours, mais qui peut varier entre vingt-quatre heures et huit jours, ou plus, suivant plusieurs auteurs, un examen attentif de la partie qui doit être plus tard le siége du chancre n'y fait rien apercevoir, et que les sujets infectés n'é-

prouvent encore rien ; c'est là ce qu'on a appelé la période d'incubation.

Début. M. Ricord est de tous les auteurs celui qui a le mieux étudié les diverses manières dont peut débuter le chancre. Ces débuts différens sont déterminés par la nature des tissus affectés, et par l'état d'intégrité ou d'altération dans lequel ils se trouvent.

Chez l'homme, lorsqu'il se développe sur le tégument qui recouvre le gland et le prépuce, et si ce tégument était intact au moment de l'infection, le chancre débute ainsi qu'il suit : Quelques sujets éprouvent un certain chatouillement, un picotement incommode, quelquefois un sentiment de brûlure dans le point où doit exister le chancre, et où l'on n'en voit pas encore de traces. Ce sont là les symptômes auxquels on a donné le nom de *prodrômes.* On a beaucoup exagéré la fréquence et l'importance de ces prodrômes, que l'on a souvent admis par suite d'un examen superficiel. Il est certain que, dans la grande majorité des cas, ils n'existent pas, et que lorsque les symptômes qui les constituent se montrent, c'est que déjà il y a une altération appréciable du tissu où doit siéger le chancre. Cette première altération est une tuméfaction peu considérable, circonscrite, n'ayant ordinairement qu'une très-petite étendue, et présentant une rougeur plus ou moins vive. C'est à ce moment que se manifeste ordinairement la démangeaison ou douleur cuisante du début. Peu d'heures après, on voit apparaître une très-*petite phlyctène* à laquelle on a donné le nom de *pustule caractéristique.* Suivant Cullerier, le siége de l'in-

duration, surmontée de la pustule dont il s'agit, est ordinairement un follicule. La sérosité contenue dans cette pustule ne tarde pas à s'écouler par suite de la rupture de l'épiderme; on voit lui succéder une ulcération, le chancre existe.

Lorsque le chancre apparaît sur la peau, ce que l'on voit le plus souvent sur la verge et sur le scrotum, les choses se passent à peu près de la même manière, sauf que la sérosité contenue dans la vésicule se desséchant promptement, il en résulte une croûte qui, tombant ou étant arrachée par le malade, laisse à nu l'ulcère vénérien.

Si le chancre se développe sur une éraillure de la muqueuse ou de la peau, ou bien sur une exulcération d'une autre nature, ou enfin sur une plaie quelconque, il ne passe pas par les évolutions que je viens d'indiquer; le début est plus rapide, et les solutions de continuité prennent tout d'abord la forme ulcéreuse.

Enfin il est un début propre à certains chancres qu'on observe *chez la femme*. M. Ricord a vu assez souvent des follicules vaginaux s'enflammer, se tuméfier, se remplir de pus et former ainsi de petits abcès qui, au bout d'un certain temps, se vident dans le vagin par une ouverture dont les bords, loin de se fermer, se renversent, s'ulcèrent et constituent les bords d'un chancre dont le fond est formé par les parois de l'abcès, qui prennent l'aspect des surfaces chancreuses.

Symptômes. Pour la description des symptômes, je dois d'abord exposer ce qui appartient aux espèces que nous avons admises et à leurs variétés; je dirai ensuite quels sont les caractères communs des diverses sortes de chancre.

1°. *Chancre induré*, ou *chancre huntérien.* Cet ulcère se présente sous une forme arrondie plus ou moins régulière; les bords en sont élevés et durs, d'un rouge obscur ou cuivré. La rougeur et la dureté s'étendent plus ou moins loin dans les tissus environnans, mais les limites extrêmes en sont ordinairement assez bien tranchées. Les bords sont souvent coupés à pic; quelquefois ils sont obliques, mais ne se confondent pas avec le fond d'une manière tout à fait insensible. Il n'est pas rare même de voir entre eux et ce fond une espèce d'enfoncement circulaire qui semble les séparer; parfois ces bords sont irrégulièrement découpés, et comme déchiquetés dans une plus ou moins grande partie de leur étendue. Le fond est grisâtre; il présente souvent comme une demi-transparence et paraît lardacé. Il est dur et inégal à sa surface. En pressant avec le doigt sur toute la surface du chancre, on sent qu'il existe au-dessous de lui une induration qui pénètre à une certaine profondeur et qui se confond avec celle des bords. Bell avait comparé cette induration à la moitié d'un pois sec qui serait placée sous l'ulcération.

Cette induration, d'après les observations de M. Ricord, ne précède jamais le chancre. « Bien plus, dit cet auteur, elle ne survient guère qu'après le cinquième jour de l'infection, et le plus ordinairement plus tard. Ce qui a pu tromper quelques observateurs, ce sont les cas dans lesquels la maladie avait débuté dans un follicule dont l'orifice avait pu d'abord s'oblitérer ou être le siége d'une très-petite ulcération; ceux où elle avait pris naissance dans le tissu cellulaire, dans un vaisseau lymphatique, ou dans un ganglion, circonstances dans

lesquelles, comme je l'ai dit ailleurs, il se forme autour du point infecté une surface de chancre et une coque indurée ou espèce de kyste calleux; et enfin ceux où il survient des ulcérations consécutives sur les indurations qui peuvent rester après la cicatrisation des premiers chancres. »

Le *pus* sécrété par le chancre est le plus souvent très-abondant, relativement à la petite surface sécrétante. Il est ordinairement mal lié; sa couleur est grisâtre, et est parfois rendue sanieuse par la présence d'une certaine quantité de sang.

Pendant un temps qui varie beaucoup dans les divers cas et suivant la manière dont l'affection est traitée, le chancre fait des progrès en étendue, tout en conservant ses caractères. C'est là la *période de progrès* sur laquelle M. Ricord a tant insisté, et dont j'aurai à parler de nouveau à l'article du diagnostic.

Cette espèce de chancre n'acquiert jamais une très-grande étendue, à moins que, par une circonstance particulière, l'ulcère ne vienne à changer de caractère, ce qui est au moins excessivement rare. La largeur de son fond ne dépasse pas trois, six ou huit millimètres. Il est des cas où l'ulcération acquiert, il est vrai, une étendue beaucoup plus considérable; mais en examinant attentivement l'état de la partie malade, on voit que ces larges ulcérations résultent souvent de la réunion d'un certain nombre de petits chancres primitifs. Lorsque le chancre a acquis l'étendue que je viens d'indiquer, il reste en cet état pendant un certain temps, et cette période a été désignée par quelques auteurs sous le nom de *période d'état.*

Enfin, lorsque le chancre tend à la guérison, on

voit les bords s'affaisser, pâlir, ainsi que l'aréole qui les entoure ; ils tendent à se mettre de niveau avec le fond, qui se déterge, devient rosé, se couvre de bourgeons charnus comme un ulcère simple, et ne sécrète plus qu'une petite quantité de pus bien lié et blanc. Le chancre entre alors dans la *période de réparation*, suivant l'expression de M. Ricord.

Plus tard encore, les bords se rapprochent, et il se forme une cicatrice qui reste plus ou moins longtemps blanchâtre et légèrement déprimée, tandis que toute la partie occupée par le chancre conserve assez souvent une légère tuméfaction, et est le siége d'une induration qui ne se dissipe parfois que très-lentement, si on n'emploie pas un traitement approprié.

Le caractère le plus important du chancre huntérien est sans contredit l'induration. Nous verrons, en effet, plus loin quelles conséquences pratiques on doit tirer de la plus ou moins grande persistance de cette dureté particulière, et quelles lumières elle jette sur le diagnostic; et en outre nous allons voir, en étudiant les principales variétés de cette espèce, que les autres caractères peuvent manquer ou ne se présenter qu'avec d'assez grandes modifications, tandis que l'induration est constante.

On a décrit sous le nom d'*ulcus elevatum* une variété de chancre dans laquelle l'induration soulève la surface ulcérée, de manière que le fond s'élève au niveau des bords et les dépasse même quelquefois. C'est à tort que quelques auteurs ont voulu rapprocher cette variété de celle que je vais décrire sous le nom de *chancre simple*, dans laquelle il n'y a qu'une exulcération superficielle; on le peut

d'autant moins que l'induration caractéristique du chancre huntérien est portée ici à son summum, et que si l'ulcère paraît superficiel, on ne doit pas se laisser tromper par cette fausse apparence.

Dans quelques cas, au contraire, l'induration n'occupe que les bords, le fond restant souple. C'est là ce que Wallace appelait la *syphilis annulaire.*

Chez quelques sujets, le fond de l'ulcère se boursouffle, et par suite vient s'élever au-dessus du niveau des bords. On a voulu rapprocher cette variété de celle que j'ai désignée plus haut sous le nom d'*ulcus elevatum ;* mais il n'y a de semblable ici que les apparences. Ce n'est plus, en effet, l'induration qui, en dépassant les bornes ordinaires, a soulevé la surface ulcéreuse : c'est un épaississement de l'ulcération elle-même, ce qui est très-différent.

Enfin, dans quelques cas, on voit le chancre, au lieu de se cicatriser complétement, se couvrir de bourgeons charnus trop abondans, qu'on ne peut pas réprimer ; ce qui constitue le *chancre fongueux ou végétant.*

Il est utile d'avoir ces diverses variétés présentes à l'esprit, parce que si on les perdait de vue, on pourrait, dans certaines circonstances, méconnaître la nature de la maladie ; mais il est à peine nécessaire de faire remarquer que, sous tout autre rapport que le diagnostic, elles n'ont qu'une très-faible importance, car au fond l'affection reste toujours la même.

2°. *Chancre simple* ou *superficiel.* Cette espèce est fort rare, surtout si on considère la maladie pendant tout son cours; car on voit assez souvent des chancres qui commencent comme de simples ulcères superficiels, et qui, au bout de quelque temps, pré-

sentent des bords indurés et même l'induration sous-jacente à l'ulcération. Du reste, la description de l'ulcère superficiel est bien simple. Il suffit, en effet, de dire que ses bords, *exempts d'induration*, sont de niveau ou presque de niveau avec le fond.

3° *Chancre phagédénique.* Le caractère principal du chancre phagédénique, le plus redoutable de tous, est, comme son nom l'indique, de détruire, de dévorer les tissus avec une rapidité souvent extrême. M. Ricord a reconnu dans cette espèce deux variétés, qu'il décrit de la manière suivante :

« *Chancres phagédéniques*, *pultacés*, ou *diphthéritiques.* Dans cette variété, l'*induration* si caractéristique, dont il vient d'être question, *manque complétement*, et s'il existe quelquefois un engorgement de la base et des bords, ce n'est plus qu'un *œdème* de mauvaise nature.

« Les ulcères qui se rapportent à cette variété, et qui constituent les chancres phagédéniques par excellence (chancres rongeurs ou rongeans), *s'étendent plus aisément en surface qu'en profondeur;* il semble que la peau, les muqueuses et le tissu cellulaire sous-muqueux et sous-cutané leur résistent beaucoup moins que les plans aponévrotiques et les couches musculaires. La forme de ces chancres peut rester arrondie; mais le plus souvent, labourant les tissus d'une manière irrégulière, ils deviennent *serpigineux*. Dans ce cas, bien qu'ils puissent en même temps irradier de divers points de leur circonférence, ils s'étendent plutôt vers les régions qui, plus déclives, favorisent la filtration du pus dans le tissu cellulaire sous-cutané ou sous-muqueux.

« Ces chancres offrent, du reste, dans bien des

circonstances, une analogie frappante avec les diverses variétés de la pourriture d'hôpital. Leur *fond*, ordinairement inégal, est le plus souvent couvert d'une couche grisâtre, espèce de fausse membrane qu'on prendrait volontiers pour une escharre gangréneuse, mais qui n'est en réalité qu'une *sécrétion diphthéritique particulière.* Dans quelques cas, il existe seulement une matière pultacée, irrégulièrement répartie à leur surface, et qui laisse échapper cà et là des bourgeons charnus, que des ecchymoses, des hémorrhagies ou la gangrène détruisent bien des fois avant qu'ils amènent la cicatrisation.

« Les *bords* de ces ulcères sont ordinairement très-minces, irrégulièrement découpés et perforés dans les endroits surtout où il y a le plus de *décollement.* Privés de leur tissu cellulaire de doublure, ils sont renversés ou tout au moins affaissés sur les portions de l'ulcère qu'ils couvrent encore, bien qu'ils puissent quelquefois être épaissis par l'*œdème.* Leur couleur est généralement brune, violacée, comme celle de l'*aréole* plus ou moins diffuse qui les circonscrit.

« Dans presque tous les cas, les chancres dont je m'occupe ici sont *très-irritables*, et sont le plus souvent accompagnés de *douleurs* très-vives et d'inflammation.

« *Chancres phagédéniques gangréneux.* Dans quelques circonstances, les chancres deviennent la cause ou se compliquent d'une *inflammation suraiguë* dont la gangrène est la conséquence. Ici l'ulcère spécifique est le plus souvent détruit par les progrès rapides de la mortification, et, à la chute des escharres ou du sphacèle, il ne reste plus qu'un *ul-*

cère simple, siégeant sur des tissus que l'*œdème* ou une *inflammation phlegmoneuse* peut encore tenir engorgés, mais qui n'*offre aucun des caractères de l'induration* qui appartient au *chancre huntérien.* »

Il faut ajouter à cette description que les chancres phagédéniques, auxquels M. Ricord donne le nom de pultacés ou diphthéritiques, produisent un *pus* abondant, ordinairement séreux, sanieux et enflammant les parties voisines; que le liquide qui s'écoule des chancres phagédéniques gangréneux est également sanieux, et répand, lorsque les tissus sont arrivés à la mortification, l'odeur de la gangrène; qu'enfin, quelle que soit la variété du chancre phagédénique que l'on observe, on doit redouter des lésions profondes. Lorsque, en effet, il existe un chancre phagédénique analogue, comme le fait observer M. Ricord, à la pourriture d'hôpital, on voit chaque jour, et souvent sans pouvoir arrêter pendant un certain temps les progrès du mal, l'ulcère s'étendre en largeur, en même temps que la couche ramollie qui forme son fond s'en va en détritus, et est remplacée par une autre de même nature; et lorsqu'il y a une inflammation gangréneuse, on voit, à la chute des escharres, se détacher des portions considérables de tissu mortifié qui peuvent laisser une grande perte de substance. Aussi a-t-on vu des chancres phagédéniques emporter une grande partie ou la totalité du gland, perforer l'urètre, atteindre même, dans certains cas, les corps caverneux, et de là des altérations qu'il est facile de comprendre, et dont les plus graves sont ordinairement ces *fistules urinaires* qu'on a tant de peine à guérir. Dans des parties du corps autres que la

verge, le chancre peut acquérir le caractère phagédénique; c'est ainsi qu'on en a vu labourer la cuisse, détruire le mamelon et une partie de la mamelle, etc.

Lorsque la période de progrès du chancre phagédénique est terminée, les choses se passent ainsi qu'il suit dans les variétés qui viennent d'être décrites : Le chancre phagédénique pultacé cesse de s'étendre en largeur en même temps que la couche diphthéritique tombe dans une plus ou moins grande étendue; au lieu de se reproduire, elle est remplacée par des bourgeons charnus rosés et sécrétant un pus blanc et bien lié, et à dater de ce moment, la cicatrisation se fait comme dans les ulcères ordinaires. Dans le chancre phagédénique gangréneux, cette cicatrisation commence dès l'instant où les escharres se sont complétement détachées, à moins qu'une inflammation nouvelle ou une irritation intempestive ne vienne reproduire les accidens avec une violence plus ou moins grande. La *cicatrice* qui résulte de ces chancres phagédéniques est toujours déprimée et inégale, et ces caractères sont d'autant plus prononcés, que la désorganisation des tissus a pénétré plus profondément. Elle est en outre blanche et ferme au bout d'un certain temps.

Si nous examinons maintenant ce qui appartient en commun aux divers chancres qui viennent d'être décrits, nous trouvons d'abord que leur *siége*, qui est le plus souvent à la verge et à la réunion du gland et du prépuce, peut aussi être dans plusieurs autres parties du corps, dont les principales sont les bourses, l'anus et la bouche.

Des observations recueillies récemment dans le but de prouver combien est défectueuse et dangereuse la manière dont on pratique la circoncision chez les juifs, nous ont appris qu'un chancre a été communiqué à plusieurs enfans circoncis par l'action de sucer le prépuce pour étancher le sang. L'opérateur avait un chancre à la bouche. Il suffit, en effet, que la matière virulente ait été mise en contact avec ces parties, ainsi qu'avec le mamelon, le nombril, etc., pour que le chancre se produise, et partout il se présente avec ses caractères distinctifs, sauf des nuances de forme qui sont dues à la configuration des parties. C'est ainsi, par exemple, que, vers l'anus, l'ulcère tend assez souvent à affecter une forme oblongue, et alors, avec d'autres ulcères vénériens, le chancre primitif a été désigné sous le nom générique de *ragade*. Il est au reste inutile d'insister sur ce point, car tous les médecins savent parfaitement ce qui doit résulter, pour la forme de l'ulcère, de ces différens siéges.

En outre, le pus qui s'écoule des chancres ayant la propriété de reproduire la maladie dans les points où il séjourne, il en résulte que, en s'écoulant sur les parties voisines, il fait naître de nouveaux chancres. C'est ainsi que, chez les femmes, le pus vaginal, lorsqu'il est infecté par le virus du pus chancreux, peut aller porter la maladie au périnée et autour de l'anus. Cet effet est surtout à redouter lorsque les parties vers lesquelles s'écoule ce pus sont déjà érodées, ulcérées, ou présentent une plaie accidentelle, comme une piqûre de sangsue.

Par suite de la situation des chancres et de cer-

taines manœuvres du malade, il peut survenir deux accidens assez sérieux, qui sont le *phimosis* et le *paraphimosis*.

Le *phimosis* est rare dans les cas de chancre simple. Cependant, si les ulcères sont nombreux sur le prépuce, s'ils sont situés près de son orifice, s'ils sont très-enflammés, les bords de l'ouverture s'épaississent, se contractent, durcissent, deviennent inextensibles, et le gland ne peut plus être mis à découvert. C'est le plus souvent dans une seule partie de son étendue que l'orifice du prépuce présente cet épaississement et cette inextensibilité; mais cela suffit souvent pour empêcher qu'il ne soit ramené en arrière. Les inconvéniens de cet état sont faciles à comprendre. Il peut, en effet, y avoir plusieurs chancres sur le prépuce et à la base du gland, qui de cette manière sont soustraits à l'examen et à l'action directe des moyens thérapeutiques; il peut aussi y avoir une inflammation étendue de la muqueuse, et dans les deux cas le pus stagne sur les parties malades et sur les parties environnantes.

Si, le phimosis existant, le malade parvient à porter violemment le prépuce en arrière, il en résulte un *paraphimosis* dans lequel l'étranglement des parties étant très-rapide, on voit survenir promptement la tuméfaction du gland et l'œdème du prépuce, accompagnés de vives douleurs. Les résultats de cet étranglement sont quelquefois assez promptement funestes pour occasionner la gangrène des parties étranglées; mais le plus souvent, si on n'a pas porté remède à cet état fâcheux, on ne voit survenir autre chose que l'ulcération plus ou moins

étendue du prépuce, et des adhérences qui ne permettent qu'imparfaitement, après la guérison, de ramener cette partie sur le gland.

Il est très-fréquent de voir des *bubons* se montrer à la suite des chancres, surtout lorsque ceux-ci sont nombreux et étendus, et ces bubons ont une grande tendance à suppurer.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

L'évolution du chancre se fait ordinairement d'une manière assez lente et continue, à moins que le traitement ne vienne y mettre obstacle. J'ai déjà dit que le chancre phagédénique pouvait amener très-rapidement la destruction des parties; heureusement les cas de ce genre sont très-rares. Quelquefois on observe une *marche* qui mérite d'être signalée : on voit en effet des chancres qui, après avoir acquis leur entier développement, commencent à se cicatriser, et puis, soit qu'on ait employé des moyens intempestifs, soit sans cause appréciable, on voit la cicatrice se détruire, et le chancre se reproduire ou même faire de nouveaux progrès.

La *durée* des chancres est différente suivant les espèces. Le *chancre induré* ou *huntérien*, si on n'a rien fait pour en arrêter la marche, dure ordinairement de huit à quinze jours avant de commencer à s'amender; puis la cicatrisation se fait avec une assez grande rapidité, à moins que la cicatrice ne se détruise, comme je viens de le dire. Le *chancre simple* a une durée ordinairement beaucoup plus courte, et quant aux *chancres phagédéniques*, ils varient beaucoup sous ce rapport. Le chancre gan-

gréneux peut en très-peu de jours avoir réduit, par la chute des parties, l'ulcère a une plaie simple qui ne tarde pas alors à se cicatriser, tandis que le chancre pultacé peut, dans quelques cas, détruire les parties assez lentement, quoique d'une manière continue, et, dans d'autres, faire les progrès les plus effrayans.

Si l'on ne considère que la cicatrisation de l'ulcère, on peut dire que, dans l'immense majorité des cas, la terminaison du chancre est heureuse. Mais il faut savoir que le chancre est la forme de la syphilis primitive qui donne lieu le plus fréquemment à des accidens consécutifs, tels que les *syphilides*, les *tumeurs gommeuses*, les *ulcères secondaires*. On ne peut donc pas regarder la maladie comme heureusement terminée par cela seul que l'ulcère est cicatrisé. Suivant M. Ricord, le signe qui annonce que les accidens secondaires sont imminens est la persistance de l'induration caractéristique. Tant qu'elle persiste, et surtout si elle est considérable, il y a dans l'économie un virus qu'il importe de combattre. Mais je reviendrai sur ce point à l'occasion du traitement.

§ V. — Diagnostic; pronostic.

Diagnostic. Dans l'étude du diagnostic, il faut encore tenir compte de la division que j'ai établie plus haut, et en outre de l'époque à laquelle se montre la maladie.

Si nous considérons d'abord le *chancre huntérien à son début*, nous voyons qu'on pourrait le confondre avec une vésicule d'*herpès preputialis;* si la maladie a son siége au prépuce, avec l'herpès également sur

une autre partie des organes génitaux, et enfin avec toute autre affection vésiculeuse dans les autres parties du corps. Les renseignemens viennent sans doute fournir un élément de diagnostic; car si l'on sait que la maladie s'est déclarée quelques jours après un coït suspect, on a un motif de soupçonner l'existence d'un chancre; mais cela ne suffit pas, car la maladie dont je viens de parler peut très-bien se produire dans une semblable circonstance. Le diagnostic deviendra plus positif si des vésicules, en certain nombre, formant un groupe irrégulier sur un fond rosé, sans élévation notable, se présentent à l'exploration. Telle est, en effet, dans la très-grande majorité des cas, l'apparence que présente l'herpès, tandis que la vésicule du chancre, généralement plus petite, a son siége sur un point tuméfié, qu'elle est souvent unique, et que lorsqu'il en existe plusieurs, elles sont ordinairement isolées les unes des autres et présentent chacune leur petite aréole. Remarquons en outre que le chancre a le plus ordinairement son siége derrière la couronne du gland, tandis que l'herpès preputialis se montre indifféremment sur un ou plusieurs points de l'étendue de la portion muqueuse et même cutanée du prépuce.

Il est cependant des cas où il est difficile de distinguer les deux affections tout à fait au début; on doit en pareil cas, attendre pour se prononcer que l'*ulcération ait commencé*. Alors les caractères deviennent distincts. Lorsque la vésicule d'herpès a été rompue, elle est remplacée par une exulcération superficielle, sans dureté, sans bords taillés à pic et présentant un fond jaunâtre lorsque la matière sécrétée y est accumulée, mais rosé lorsqu'on la nettoie. Il est inutile

de rappeler les caractères opposés du chancre induré. Ces différences vont d'ailleurs chaque jour en augmentant.

L'herpès preputialis, surtout lorsque la vésicule a été respectée, se couvre assez souvent d'une croûte lamelleuse, et nous avons vu que, dans quelques circonstances, il en était de même pour le chancre. Mais il faut remarquer que cela n'a guère lieu pour l'ulcère primitif qui a son siége sur la partie muqueuse du prépuce. En faisant tomber la petite croûte, on arrive d'ailleurs bientôt à un diagnostic positif; car, dans le cas d'herpès, on trouve au-dessous une surface rosée telle que je viens de l'indiquer, tandis que le chancre présente la forme ulcéreuse qui lui est propre.

Lorsqu'il a un autre siége que la verge, le *chancre huntérien*, parvenu à l'ulcération, pourrait être confondu avec quelques autres maladies. Ainsi nous avons vu qu'à l'anus il prend, dans quelques cas, une forme oblongue et peut par conséquent être pris pour une simple fissure. L'examen de son fond et de ses bords est alors très-utile pour le diagnostic. L'aspect grisâtre, lardacé du premier, l'état des seconds qui sont durs, taillés à pic, parfois décollés, fera reconnaître la nature syphilitique de l'ulcère. Les mêmes signes, et de plus l'engorgement des ganglions axillaires, feront distinguer le chancre, des *crevasses* du mamelon.

Quand le chancre occupe la bouche, c'est avec un *ulcère vénérien consécutif* qu'on pourrait le confondre. On a dit, il est vrai, que ceux-ci ont une forme moins bien arrondie; que leur fond est plutôt jaunâtre que gris; que leurs bords sont décollés et non

indurés ; mais ces signes sont insuffisans. Plusieurs auteurs, auxquels M. Ricord s'est joint dans ces derniers temps, ont, en effet, cité des cas où la forme des ulcères secondaires était en tout semblable à celle des ulcères primitifs. Il est rare que des renseignemens ne viennent pas, en pareil cas, fixer le médecin sur l'espèce d'ulcère soumis à son observation ; s'il n'en était pas ainsi, il n'y aurait, suivant M. Ricord, d'autre moyen de reconnaître l'erreur que de *tenter l'inoculation.* Des expériences qu'il a faites, cet auteur conclut, en effet, que le caractère distinctif essentiel de ces deux espèces d'ulcères syphilitiques est que le premier est inoculable, tandis que le second ne l'est jamais. Il est très-difficile de se prononcer sur ce point. Je ne crois pas que d'autres observateurs aient fait des expériences semblables en assez grand nombre, ou qu'ils en aient publié les résultats. Cependant, quoique bien convaincus que les ulcères secondaires sont beaucoup moins contagieux que les ulcères primitifs, la plupart des auteurs croient à la possibilité, dans certaines circonstances, de leur inoculation.

Tout en avouant donc qu'il nous est impossible de résoudre cette question, et tout en reconnaissant que les expériences de M. Ricord ont une valeur réelle, pouvons-nous néanmoins décider si l'inoculation doit être pratiquée comme moyen de diagnostic ? Je le pense. Il y a, en pratique, de telles exigences, que l'on doit faire céder devant elles même l'intérêt scientifique. On a cité un certain nombre de cas où l'inoculation n'a pas été sans danger. En outre il est évident qu'on multiplie, en la pratiquant, les points par lesquels le virus est introduit dans l'écono-

mie. Je sais bien que l'expérimentateur a la ressource de la cautérisation, dès qu'il s'est assuré qu'il a produit la *pustule caractéristique;* je sais aussi combien on doit respecter la conviction d'observateurs qui n'ont pas craint de pratiquer l'inoculation sur eux-mêmes, tant ils l'ont jugée innocente, mais on a fait mention de cas où la cautérisation a été impuissante à arrêter les progrès du mal qu'on avait eu l'imprudence de produire ainsi d'une manière artificielle, et j'ai vu, à l'hôpital de Lourcine, un chancre de la cuisse, produit par l'inoculation, acquérir un grand développement et ne pas pouvoir être réprimé par plus de quatre mois d'un traitement assidu. C'en est assez pour qu'un praticien prudent ne s'expose pas à de semblables accidens, quelque rares qu'on les suppose.

D'ailleurs quelles lumières pourrait-on, en réalité, tirer de l'inoculation, dans le cas dont il s'agit? On ne concluerait évidemment pas, de ce que cette inoculation ne réussit pas, qu'il ne faut pas employer le traitement qu'on oppose ordinairement à l'infection générale, car dans les cas d'ulcères vénériens consécutifs, l'existence de cette infection est, par cela même, constatée. On le voit donc, il n'y a pas utilité, et il peut y avoir danger à recourir à ce moyen de diagnostic. Il vaut mieux s'en tenir à ceux qui sont fournis par l'interrogatoire et par l'examen attentif de la forme, du début et de la marche des ulcères, bien que dans quelques cas on n'y trouve que des signes incertains.

Le *chancre simple ou superficiel* peut également, à son début, être confondu avec l'*herpès preputialis.* On n'a pour se guider, en pareil cas, que la cou-

leur grisâtre de l'ulcère qui succède à la vésicule, son étendue plus grande que celle de l'exulcération qui se montre dans l'herpès, et le groupement des vésicules qui constituent cette dernière affection. La persistance de cette ulcération consécutive viendra ensuite confirmer le diagnostic dans les cas de chancre, et enfin on verra très-souvent un ulcère qui d'abord paraissait simple et superficiel, finir par présenter l'induration caractéristique.

Une *simple éraillure* de ce tégument fin qui recouvre la base du gland et le prépuce peut également être prise pour un chancre à sa période d'ulcération. L'apparition immédiate de la solution de continuité après le coït, sa forme qui est allongée et irrégulière, et enfin son fond, qui est ordinairement rosé quand on l'a nettoyé, viendront fixer le diagnostic. Ces éraillures, traitées par de simples lotions, ne tardent pas d'ailleurs à se cicatriser, tandis que le chancre persiste.

Restent les *chancres phagédéniques*; mais on comprend sans peine que c'est là l'espèce la plus facile à diagnostiquer. Quelle est, en effet, la maladie qui pourrait être confondue avec ces ulcères rongeans survenus presque tout à coup après un coït infectieux, sur les parties génitales auparavant parfaitement saines? Dans d'autres parties, comme la bouche et la vulve, il pourrait se présenter quelques difficultés, parce que, dans le premier point, la *stomatite ulcéreuse*, et, dans le second, *certaines gangrènes*, peuvent détruire les parties avec rapidité; mais c'est chez les enfans que se montrent ces affections, et elles se produisent dans un état de santé général qui ne laisse jamais de doute sur leur nature. Une ré-

flexion bien simple fera comprendre l'exactitude de ce que j'avance : c'est qu'il n'est pas d'exemple authentique d'erreur dans les cas de chancres phagédéniques, et que, dans tous les cas connus, le diagnostic a été porté tout d'abord et avec la plus grande facilité.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1°. *Signes distinctifs du chancre huntérien au début et de l'herpès préputialis.*

CHANCRE HUNTÉRIEN AU DÉBUT.	HERPÈS PRÉPUTIALIS.
Vésicule *apparue après un coït suspect* (signe douteux).	Vésicule *apparue après un coït non suspect.*
Vésicule *unique;* ou vésicules en *petit nombre* et *séparées.*	Souvent, vésicules *assez nombreuses, réunies en groupe.*
Vésicule *plus petite*, paraissant *sur un point tuméfié;* aréole rougeâtre distincte.	Vésicule *plus volumineuse;* paraissant sur un point non tuméfié; *rougeur diffuse* environnante.
Siége ordinaire à la *réunion de la muqueuse du gland avec celle du prépuce.*	Siége *indifféremment sur la surface muqueuse et cutanée* du prépuce; souvent à *leur réunion.*

2°. *Signes distinctifs du chancre huntérien et de l'herpès préputialis commençant à s'ulcérer.*

CHANCRE HUNTÉRIEN (ULCÉRATION COMMENÇANTE).	HERPÈS PRÉPUTIALIS ULCÉRÉ.
Ulcère *profond.*	Exulcération *superficielle.*
Fond *grisâtre.*	Fond *rosé* après avoir été nettoyé.
Bords élevés; taillés à pic.	Bords au niveau du fond.
Induration environnante et sous-jacente.	*Pas d'induration.*
Quand la vésicule a été remplacée par une petite croûte, celle-ci, en tombant, laisse voir l'*ulcère avec les caractères indiqués.*	Après la chute de la croûte qui se forme parfois, la surface érodée se présente comme il vient d'être dit.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que, dans certaines circonstances, ce diagnostic est difficile et demande une grande attention de la part du médecin.

3°. *Signes distinctifs du chancre huntérien ayant son siége à l'anus* (rhagade) *et de la fissure.*

CHANCRE HUNTÉRIEN A L'ANUS ET DE FORME ALLONGÉE.	FISSURE A L'ANUS.
Bords élevés, *taillés à pic*, parfois décollés.	Bords quelquefois un peu tuméfiés; *non taillés à pic;* non décollés.
Fond *grisâtre*, comme lardacé.	Fond *rouge* ou rosé.
Induration environnante et sous-jacente.	*Pas d'induration.*

Mêmes signes pour la distinction de certains chancres huntériens et des *crevasses du mamelon;* de plus, les premiers s'accompagnent de la tuméfaction des ganglions axillaires.

Je ne pousse pas plus loin ce diagnostic différentiel, car ce que je pourrais ajouter n'a qu'une importance secondaire, et ce qui a été dit plus haut est suffisant.

Pronostic. Relativement à l'ulcère lui-même, le pronostic est très-peu grave dans l'immense majorité des cas. Il est à peine besoin d'ajouter qu'il faut faire une exception pour les chancres phagédéniques, qui peuvent détruire si promptement les parties et laisser après eux des infirmités auxquelles il est difficile de remédier.

Le siége et le nombre des chancres méritent considération quand il s'agit du pronostic; car nous avons vu plus haut que, de ces circonstances, résultaient plus ou moins fréquemment le phimosis et le paraphimosis. On aura en même temps égard aux divers accidens consécutifs, comme les bubons, les tuméfactions de la vulve, etc.

Mais le point le plus important du pronostic est, sans contredit, la possibilité des accidens secondaires.

Suivant M. Ricord, le signe le plus certain de l'infection générale, et par conséquent du danger des accidens secondaires, est l'induration, et surtout l'induration persistante. On peut admettre ce fait comme règle générale; mais cette règle ne souffre-t-elle aucune exception? Rien ne le prouve. Il est certain que les accidens secondaires sont, dans la grande majorité des cas, une conséquence d'un ou de plusieurs chancres indurés; mais il faut se rappeler que le chancre induré est, sans aucune espèce de comparaison, le plus fréquent, et que c'est là une question de proportion qui n'a pas été résolue par l'appréciation numérique des faits. N'oublions pas, du reste, que le chancre est, de tous les symptômes primitifs de la syphilis, celui qui donne lieu le plus fréquemment aux accidens secondaires, et nous en conclurons naturellement que si ordinairement on ne peut pas le considérer comme une maladie très-grave, surtout avec les moyens de traitement que nous possédons, du moins il faut reconnaître que c'est une maladie sérieuse qui demande toute l'attention du médecin.

§ VI. — Traitement.

Ce qui est le plus difficile dans l'exposition du traitement du chancre, ce n'est pas assurément de rassembler un nombre suffisant de moyens thérapeutiques, car chaque médecin semble avoir pris à tâche d'en introduire de nouveaux dans la science; c'est de mettre de l'ordre dans cette confusion et d'apprécier à leur juste valeur les traitemens proposés. C'est dans cette partie de l'histoire des maladies syphilitiques qu'on voit surtout la grande légèreté

qui a le plus souvent présidé aux recherches des nombreux auteurs qui les ont prises pour objet de leurs études.

Je m'occuperai d'abord du traitement local, puis j'indiquerai les principaux moyens proposés pour combattre l'infection générale.

1°. *Traitement local.* Bien longtemps on a pensé que les ulcères vénériens primitifs, comme les ulcères vénériens secondaires, demandaient, pour se cicatriser complétement et ne plus laisser de traces, un traitement général, et surtout un traitement mercuriel. Aujourd'hui nous possédons un si grand nombre de faits qui prouvent que cette opinion est erronée, nous en voyons passer si souvent de nouveaux sous nos yeux, que personne ne peut plus persister dans une semblable croyance. Bien plus, les cas rapportés par les auteurs ne sont pas rares, où le traitement général, non secondé par un traitement local bien entendu, n'a eu qu'une influence très-douteuse sur la marche d'un certain nombre de chancres, et en a laissé d'autres exister pendant un espace de temps très-long. Le traitement local a donc une grande importance; comme celui de la blennorrhagie, il doit se diviser en *traitement abortif* et *traitement ordinaire.*

a. Traitement abortif. Il faut établir une distinction importante entre le traitement abortif employé au début, alors que la vésicule existe encore ou que l'ulcération ne fait que se montrer, et ce même traitement appliqué à une période plus avancée.

Traitement abortif au début. C'est M. Ricord qui a le plus insisté sur l'utilité de ce traitement proposé par Hunter, et qui fait en très-peu de temps dispa-

raître les traces d'une maladie que ces auteurs, avec un grand nombre d'autres médecins, regardent comme étant alors purement locale. Les trois moyens recommandés par Hunter sont les suivans (*voy. loc. cit.*, p. 439; *Note de M. Ricord*):

1°. *Le nitrate d'argent taillé en crayon.* « C'est, dit M. Ricord, et le fait est aujourd'hui bien reconnu, le moyen le plus généralement applicable et qui suffit quand la maladie est à son début, quel que soit son siége. » Pour pratiquer cette cautérisation, il faut d'abord déchirer la vésicule si elle existe encore, puis appliquer le crayon de nitrate d'argent taillé plus ou moins fin, suivant la forme et le siége de l'ulcère, assez fortement et assez longtemps pour que tous les tissus malades soient atteints. Si la vésicule existe encore, il suffit ordinairement d'une seule cautérisation; au bout de peu de temps, l'escharre superficielle qu'on a produite tombe et laisse la surface parfaitement saine. Lorsque la maladie est un peu plus avancée, une seconde cautérisation est parfois nécessaire.

2°. La *potasse caustique*, ou mieux la *pâte de Vienne* dont on peut plus facilement diriger l'action, et dont voici la composition :

♃ Chaux vive	5 parties.
Potasse à l'alcool	6 parties.

Réduisez en poudre les deux substances dans un mortier chauffé; mêlez-les exactement et avec rapidité, et enfermez le mélange dans un bocal à large ouverture, bouché à l'émeri.

Pour faire usage de ce caustique, délayez-le avec un peu d'alcool, de manière à le réduire en une pâte molle, dont vous appliquerez une couche d'autant plus mince, que le derme sur lequel repose l'ulcération est plus mince et l'indu-

ration moins profonde. Au bout de huit ou dix minutes, cette cautérisation est complète. Au reste, dans le cas où on la pratiquerait sur une partie délicate, il serait bon d'en surveiller attentivement les effets, d'autant plus que chez certains individus, elle marche avec une assez grande rapidité.

Ce caustique ne saurait être mis en usage que lorsque l'ulcération existe déjà; mais, même alors, on y a rarement recours, et on le réserve pour certains cas rares où une épaisseur considérable des tissus paraît envahie.

3°. L'*extirpation* ou l'*exision* est, suivant Hunter (*loc. cit.*, p. 436), un bon moyen de réduire le chancre à l'état d'ulcère ou de plaie simple; mais il ne conseille pas de l'employer lorsque le mal a son siége sur le gland, parce qu'il y aurait à craindre une hémorrhagie. Aujourd'hui on n'a recours à l'excision ni dans ce cas, ni lorsque l'ulcère est situé ailleurs, et M. Ricord nous en donne la raison. « Lorsque, dit-il, on la pratique trop près du siége du chancre, la plaie reprend bientôt les caractères de l'ulcère virulent. Lorsqu'on fait l'excision complète du chancre induré, ou seulement l'extirpation d'une induration après la cicatrice du chancre, la plaie peut encore passer à l'état d'ulcère spécifique et une nouvelle induration survenir; mais dans tous les cas, même ceux où il n'y a pas d'ulcère consécutif et où la plaie se cicatrise comme une plaie simple, l'excision de l'induration ne prévient pas les autres phénomènes de l'empoisonnement général. » Je ne chercherai pas à apprécier ici cette dernière proposition; j'aurai à l'examiner lorsque je parlerai du traitement général ou préventif des accidens secondaires.

Traitement abortif du chancre à la période d'état. Lorsque l'ulcération est plus avancée, que les bords sont devenus calleux, on a bien moins souvent recours au traitement abortif. Cependant on a cité quelques cas où il a été mis en usage avec succès. Les moyens que l'on emploie sont les mêmes qui viennent d'être indiqués; mais si le chancre présente une induration profonde, le nitrate d'argent n'a pas une action suffisante, et l'on doit mettre en usage un des deux autres moyens. C'est alors surtout que la *potasse caustique* ou la *pâte de Vienne* peuvent être utiles. Hunter cite un cas dans lequel il a fait avec succès la *dissection* d'un chancre assez étendu. Néanmoins les objections élevées contre ces moyens abortifs ont bien plus de force quand il s'agit du chancre ayant déjà fait des progrès considérables.

Il y a surtout une contre-indication dont il faut tenir un grand compte : c'est l'état d'inflammation violente dans lequel peut se trouver l'ulcère. Il arrive souvent, en effet, que si l'on veut avoir recours aux caustiques, on augmente considérablement cette inflammation, et au lieu d'arrêter l'ulcère, on en hâte les progrès. On voit aussi, en pareil cas, à la chute de l'escharre, l'ulcère revêtir de nouveau sa forme primitive; seulement il est agrandi, et si l'on veut insister, on s'expose à exaspérer l'inflammation. Il y a de plus à considérer la grande étendue et la profondeur à donner à la cautérisation. Tous les auteurs s'accordent à dire qu'il vaut mieux, en pareil cas, chercher à calmer l'inflammation, puis à modifier par divers moyens la surface ulcérée, se réservant de recourir ensuite à la cautérisation superficielle pour hâter la cicatrisation, ce qui consti-

tue le traitement ordinaire dont il sera question tout à l'heure.

Parmi les objections qu'on a élevées contre le traitement abortif du chancre, il en est deux dont il importe de s'occuper. La première reproche à ce traitement de provoquer l'apparition des *bubons*. Bell a surtout accrédité cette erreur en rassemblant quelques faits dans lesquels les choses se sont passées ainsi. Mais M. Ricord, observant sur une plus vaste échelle, a vu que ces craintes étaient mal fondées, et que la cautérisation, pratiquée dans les circonstances qui ont été indiquées plus haut, et avec la prudence nécessaire, empêchait au contraire la production des abcès de l'aine en faisant disparaître promptement la cause qui les fait naître. Sans doute il se peut qu'une cautérisation intempestive, pratiquée sur un chancre très-enflammé, hâte le développement des bubons ; mais la faute en est au praticien et non au moyen qu'il emploie. Bell, en publiant les cas dont il s'agit, a oublié que naturellement le chancre a une grande tendance à produire les bubons, et qu'il n'est par conséquent pas étonnant que, dans un bon nombre de cas où la cautérisation a été pratiquée, des abcès se soient produits, surtout si ce moyen a été mis en usage trop tard. Il serait du reste utile que les faits nombreux qui se présentent à l'observation, aujourd'hui que la cautérisation est si fréquemment employée, fussent recueillis et bien analysés pour montrer jusqu'à l'évidence l'exactitude de la proposition précédente. En attendant, nous avons ces faits étudiés en général et de plus la connaissance de la manière dont se produisent les bubons. Ce n'est en effet qu'au bout d'un certain

nombre de jours, et lorsque l'ulcère a fait d'assez grands progrès, qu'on les voit ordinairement apparaître; or il est évident qu'un moyen qui arrête promptement l'ulcère dans sa marche doit s'opposer à la production de ces tumeurs.

La seconde objection consiste à reprocher à la cautérisation de laisser les malades exposés à l'apparition des accidens secondaires, et c'est surtout sous ce rapport que Dupuytren l'a qualifiée de méthode pernicieuse; mais ce n'est là qu'une assertion sans preuves. C'est encore à la statistique qu'il faudrait demander des renseignemens positifs à cet égard, et nous devons espérer qu'elle ne tardera pas à nous les fournir.

En attendant, je dirai qu'on conçoit bien difficilement comment un chancre, parce qu'on l'aura fait disparaître très-promptement, pourrait avoir ces fâcheuses conséquences. On est, *à priori*, porté à penser tout le contraire, car plus on abrége la durée de l'ulcère, plus on doit mettre obstacle à l'absorption du virus et à l'infection générale. Je sais que dans l'opinion de quelques médecins, au moment même de l'apparition du chancre, l'infection générale existe déjà. Pour eux, cette infection est le premier fait; puis vient l'apparition de la lésion locale, qu'il faut respecter pour que l'action du virus s'épuise dans ce point. Mais d'abord l'inoculation prouve que cette infection générale n'est nullement nécessaire pour que le chancre se produise, car le travail qui le fait naître commence aussitôt après l'insertion du virus sous l'épiderme, et, en second lieu, comment expliquerait-on dans cette hypothèse la manifestation des symptômes de la maladie et leur

concentration dans le point même qui a été en contact avec le virus? Pourquoi ne verrait-on pas la maladie se montrer dans les divers points où on l'observe lorsque l'infection générale est évidente, c'est-à-dire à la gorge, à la peau, sur les os, etc.? C'est que lorsque le chancre apparaît, cette infection générale n'existe sans doute pas encore, et que la persistance de l'ulcère pourra seule la produire.

Je crois que ces raisons ont une grande valeur; cependant, je le répète, il est à désirer que des recherches statistiques bien faites viennent les confirmer. En attendant, je pense qu'on ne doit pas hésiter à employer le traitement abortif lorsque le chancre n'a pas fait de grands progrès, et surtout dans les cinq ou six premiers jours et lorsque l'induration ne s'est pas encore produite ou est peu considérable; mais je reviendrai sur ce dernier point.

b. Traitement local ordinaire. Une des premières considérations qui doivent diriger le traitement, c'est l'état d'inflammation plus ou moins violente dans lequel se présente le chancre. Il arrive assez souvent que l'ulcère a été négligé, soit que sa nature ait été méconnue par le malade, soit que celui-ci n'en ait pas tenu compte. Le *traitement antiphlogistique* est alors généralement mis en usage.

Traitement antiphlogistique. M. Cullerier recommande la *saignée générale* toutes les fois que le sujet est fort et pléthorique; dans le cas contraire, on a recours à l'application d'un plus ou moins grand nombre de sangsues (15, 20, 30), suivant le degré de l'inflammation; mais il faut prendre garde, ainsi que je l'ai dit plus haut, de les appliquer dans un point qui puisse être atteint par le pus que sécrète la

surface ulcérée, parce qu'alors l'inoculation se ferait sur les piqûres. L'auteur que je viens de citer conseille de mettre les sangsues à la base du périnée et aux aines chez l'homme, aux aines seulement chez la femme. Il faut éviter de les placer au périnée chez cette dernière par la raison que je viens de donner. Les *bains généraux*, les *bains locaux* émolliens, les *cataplasmes* autour de la verge, et surtout le *repos au lit* et une *diète* plus ou moins sévère, suivant les cas, complètent ce traitement, qui doit être continué jusqu'à ce que les accidens inflammatoires soient calmés.

Il est à peine besoin de dire qu'on doit surtout insister sur ces moyens lorsque l'inflammation est assez violente pour faire craindre la *gangrène*. C'est principalement en pareil cas qu'on emploie la saignée générale, copieuse et répétée, et que le malade est soumis à une diète sévère. On ne négligera pas en même temps les saignées locales, en se tenant toujours à une certaine distance du mal, et dans ce cas d'autant plus que l'irritation des piqûres pourrait hâter la mortification des parties si elles étaient faites trop près.

L'application des sangsues était encore pratiquée par Cullerier *dans l'intérieur même du chancre*, lorsque l'ulcère très-enflammé se présentait avec un fond grisâtre et lardacé, et sécrétait une humeur sanieuse. Suivant ce praticien, une ou deux sangsues ainsi appliquées suffisent pour faire déterger rapidement la plaie. Cette pratique n'a pas été généralement imitée, mais sans qu'on puisse l'attaquer, car on n'a pas fourni de faits concluans contre elle.

Le même médecin a remarqué, relativement aux *bains locaux*, que ce moyen a plus d'avantages lorsqu'on ne met pas le gland à découvert et qu'on plonge la verge tout entière dans la liqueur émolliente; mais c'est un fait qui aurait besoin d'être confirmé par une expérimentation plus rigoureuse.

M. Lisfranc a cité un cas dans lequel la *saignée* a été très-utile dans le traitement d'un *chancre phagédénique pultacé* irrité par la cautérisation, et l'on doit y recourir, ainsi qu'à l'application des sangsues, lorsque le cercle inflammatoire qui environne l'ulcère est considérable. M. Ricord veut qu'on insiste, en pareil cas, sur les applications émollientes, et il dit avoir vu des malades chez lesquels l'ulcération ne s'est fermée qu'après l'emploi d'une sorte d'*irrigation* presque continue.

Tous les auteurs s'accordent à dire que pendant qu'on met en usage les moyens qui viennent d'être indiqués, il faut s'abstenir complétement d'appliquer sur l'ulcère les préparations mercurielles, les corps gras et les divers topiques irritans.

Traitement du chancre douloureux. Une vive douleur ressentie dans le chancre et une grande irritabilité de la partie qui en est le siége ont donné lieu au traitement par les *narcotiques*. M. Bouchon (*diss. inaug.*) a cité des cas dans lesquels l'usage de l'opium a amené la cicatrisation prompte de chancres nombreux et enflammés. Ce médecin recommande d'employer des *injections* avec une *solution d'opium concentré* entre le prépuce et le gland, lorsque celui-ci ne peut pas être mis à découvert; puis, dès qu'on peut agir directement sur les chancres, d'appliquer sur eux de l'*extrait d'opium ra-*

molli, en ayant soin, à chaque pansement, de laver les parties avec de l'eau de guimauve tiède. D'autres médecins se contentent d'appliquer du *cérat opiacé*. M. Ricord, en pareille circonstance, emploie la solution suivante :

℞	Eau distillée de laitue	280 grammes.
	Extrait gommeux d'opium............	4 grammes.

M.

Faire des pansemens deux ou trois fois par jour, avec de la charpie fine imbibée de cette solution.

C'est dans le même but qu'on a proposé les lotions avec l'*eau distillée de laurier-cerise* et avec des liquides dans lesquels entre l'*acide hydrocyanique;* mais rien ne prouve que ces médicamens aient plus d'efficacité que l'opium.

Traitement du chancre peu douloureux ou *indolent*. Lorsque l'inflammation est tombée et que l'ulcération est devenue indolente, on a recours à divers moyens pour hâter la cicatrisation. Le premier de tous est encore la *cautérisation avec le nitrate d'argent*, qui est aujourd'hui généralement employé. Cullerier, qui repousse son emploi dans le but de faire avorter la maladie, le recommande au contraire comme un excitant salutaire dans le traitement du chancre indolent. Cette cautérisation ne doit plus être aussi profonde que dans le cas où on la met en usage comme moyen abortif, car il ne s'agit que de modifier la surface ulcérée; mais on doit y avoir recours un aussi grand nombre de fois que le cas l'exige, c'est-à-dire tant qu'après la chute de l'escharre la surface de l'ulcère présente l'aspect grisâtre qui caractérise le chancre.

M. Ricord fait même remarquer que cette cautérisation est très-souvent utile dans les cas où il existe une douleur assez vive et un degré d'inflammation assez marqué. « Le plus souvent, dit-il, le *nitrate d'argent* est le sédatif le plus efficace et l'*antiplogistique* le plus certain quand on sait bien l'appliquer. Tous les jours les élèves qui suivent ma clinique ont pu se convaincre de cette vérité, et voir les malades eux-mêmes réclamer la cautérisation. La douleur vive qu'elle excite au moment de l'application du caustique ne tarde pas à se calmer pour faire place à un mieux qu'on chercherait en vain par d'autres médications.

« A cette règle, quoi qu'on en dise, il y a peu d'exceptions, et l'on voit peu de cas dans lesquels il faille momentanément renoncer à ces moyens combinés (les émolliens, les opiacés, la cautérisation) pour avoir recours à des pansemens à l'aide de corps gras, et plus particulièrement de *cérat opiacé.* »

Pansemens divers. A cette période de la maladie, on emploie outre la cautérisation, et souvent même sans avoir recours à ce moyen, divers pansemens destinés à protéger la plaie contre les corps extérieurs, à empêcher le pus de stagner sur l'ulcère, et en même temps à hâter la cicatrisation.

Le plus simple de tous est le pansement avec la *charpie sèche,* qui agit en absorbant le liquide sécrété et en stimulant légèrement l'ulcère. Lorsque celui-ci a son siége sur le gland ou sur le prépuce, il suffit de placer sur lui un petit gâteau de charpie fine, et de ramener le prépuce sur le gland. Dans les autres parties du corps on fixe la charpie avec les moyens contentifs ordinaires. On pourrait croire qu'il est utile

de multiplier les pansemens de ce genre; mais on serait dans l'erreur pour un bon nombre de cas. Si le pus sécrété est en très-grande abondance, il est bon sans doute de renouveler la charpie assez souvent : trois, quatre et cinq fois par jour; mais dans le cas contraire on s'exposerait, en agissant ainsi, à retarder la cicatrisation. On aurait à craindre, en effet, en multipliant les pansemens, de détruire la cicatrice commençante et d'irriter inutilement la plaie. En pareil cas, deux pansemens dans les vingt-quatre heures sont suffisans. Il est une précaution très-importante à prendre dans ce pansement plus encore que dans tous les autres. La charpie sèche adhère ordinairement à la surface et surtout aux bords de l'ulcère; on doit avoir grand soin, avant de la retirer, de bien l'imbiber avec de l'eau tiède, et on ne doit l'enlever que lorsqu'elle est bien détachée. Si on agissait trop brusquement, on tiraillerait la surface ulcérée, on la ferait saigner, on détruirait la cicatrice et l'on pourrait retarder considérablement la guérison. C'est au reste un inconvénient du pansement avec la charpie sèche d'exposer le malade à ces tiraillemens irritans.

Plusieurs médecins conseillent de saupoudrer le gâteau de charpie avec de la *poudre de calomel.* Ce pansement convient lorsque le chancre n'est ni douloureux ni enflammé.

En général, les médecins qui se sont occupés des maladies syphilitiques proscrivent presque complétement les pansemens avec les corps gras, et surtout avec la *pommade mercurielle.* Je n'ai pas vu appliquer l'onguent mercuriel; mais jamais je n'ai observé que le pansement fait avec la pommade au *calomel* eût le moindre inconvénient et rendît la cicatrisa-

tion plus tardive, lorsqu'il est combiné avec la cautérisation, et lorsqu'on ne l'applique qu'aux cas dans lesquels l'inflammation est suffisamment calmée. La proportion du calomel est la suivante :

℞	Axonge	50 grammes.
	Calomel	5 grammes.

M.

Pour panser l'ulcère deux ou trois fois par jour.

Quelques médecins ont proposé le *sublimé* en topique; mais cette substance est trop caustique pour être employée dans les cas dont il s'agit ici. Il faut la réserver pour les ulcères anciens qui ne veulent pas se cicatriser. J'en dirai autant de divers *caustiques*, comme le *nitrate acide de mercure*, l'*acide hydrochlorique*, etc.

Les pansemens avec le *vin aromatique* sont très-fréquemment mis en usage. Voici comment M. Ricord (*loc. cit.*) emploie ce médicament : « Les malades, dit-il, ont soin de bien laver l'ulcération avec ce liquide, sans cependant la fatiguer ou la faire saigner, ensuite ils la recouvrent d'un peu de charpie fine qui en est imbibée assez pour rester humide sans couler ; car, lorsqu'elle est trop mouillée, l'espèce de macération qui en résulte en retarde les bons effets. A chaque pansement on a soin, pour détacher la charpie, de l'imprégner du même liquide, afin de ne pas déchirer les parties auxquelles, en séchant un peu, elle pourrait adhérer. » M. Ricord emploie le vin aromatique suivant la formule du codex, ainsi conçue :

℞	Espèces aromatiques	125 grammes.
	Vin rouge	1000 grammes.
	Alcoolat vulnéraire	164 grammes.

Faites macérer pendant huit jours les espèces aromatiques dans le vin ; filtrez et ajoutez l'alcoolat vulnéraire.

M. Ricord a la plus grande confiance dans ce médicament; cependant il est forcé de reconnaître que dans un certain nombre de cas on doit renoncer à son application, ou du moins la suspendre. Il s'exprime ainsi qu'il suit à ce sujet : « Il est pourtant des cas où il faut suspendre momentanément le vin médicamenteux ou même y renoncer complétement. C'est ainsi que chez quelques malades la suppuration venant à se tarir, l'ulcère reste stationnaire; alors on doit employer pendant quelques jours un pansement avec une *décoction émolliente* ou du *cérat opiacé*, pour reprendre le vin ensuite. Chez d'autres l'ulcère étant accompagné d'induration, le vin accroît cette dernière et la cicatrisation ne peut avoir lieu. Mais à part ces circonstances si faciles à saisir et à suivre, le moyen que je viens d'indiquer constitue la méthode générale de pansement à laquelle je donne la préférence. »

Malgré les règles de conduite qu'on peut puiser dans ce qui vient d'être dit, il n'en est pas moins vrai, comme on peut en juger, qu'il reste beaucoup à faire pour déterminer avec exactitude quel est le meilleur traitement à suivre selon les cas. Les exceptions admises par M. Ricord le prouvent suffisamment.

Deux circonstances principales peuvent engager à modifier la médication : c'est d'abord la grande résistance, l'état stationnaire ou progressif de l'ulcération dans les chancres phagédéniques, et en second lieu la grande profondeur de l'induration qui empêche l'ulcère de se cicatriser.

Traitement du chancre phagédénique rebelle. Lorsque, malgré les moyens précédemment indiqués, le *chancre phagédénique* continue à faire des progrès, ou que, blafard et indolent, il reste dans le *statu quo*, on a proposé différentes médications, parmi lesquelles on compte la *cautérisation profonde et active* et *la résection des parties.* Mais nous avons vu précédemment quels sont les inconvéniens de ces moyens, qui ne doivent être employés qu'à la dernière extrémité. Voici comment M. Ricord trace la conduite à suivre en pareil cas : « Dans ces cas rebelles où on ne peut saisir la cause du mal, on a vu, dit-il, quelquefois réussir les *cataplasmes* faits *avec des carottes*, la *cire fondue chaude*, les *onguens digestifs.* On a eu recours aux caustiques les plus puissans, au *beurre d'antimoine* , à la *potasse à l'alcool*, au *fer rouge* appliqué d'une manière directe ou comme *cautère objectif.* J'ai employé avec succès la *pâte de Vienne* et des moyens bien moins violens, savoir : le *vésicatoire* et la *poudre de cantharides.*

« Toutes les fois que, malgré l'emploi du nitrate d'argent, des émolliens, des antiphlogistiques, des narcotiques, ou des pansemens avec le vin, le chancre continue à faire des progrès ou reste stationnaire, voici la médication que j'emploie : L'ulcération est-elle à découvert partout, j'applique dessus un *vésicatoire*, ou bien je la saupoudre avec la *poudre de cantharides* ; est-elle au contraire profonde, a-t-elle succédé à un bubon virulent dont elle occupe le foyer, si la peau décollée est encore assez épaisse, j'ai également recours au vésicatoire *et en même temps* à la poudre de cantharides introduite dans la cavité suppurante. Ce pansement est laissé vingt-quatre

heures. *Le lendemain* on le fait avec la charpie fine imbibée de vin aromatique, et on continue comme dans les chancres ordinaires..... Cependant, chez quelques malades, il faut répéter l'application du vésicatoire et de la poudre de cantharides; mais on ne revient au premier de ces moyens que lorsqu'il n'a pas atteint son but au moment où il est sec, tandis que pour la poudre, *on en remet tous les trois ou quatre jours,* jusqu'à ce qu'on voie se former des bourgeons charnus.

« Si le traitement dont il vient d'être question, et qu'une expérience journalière m'autorise à recommander, venait cependant à échouer, et que la maladie continuât à faire des progrès, c'est à la cautérisation avec la *pâte de Vienne* qu'il faudrait donner la préférence, pour appliquer ensuite un des pansemens indiqués, selon les conditions locales après cette cautérisation. »

Enfin, si les bords sont décollés largement, si les tissus sont très-altérés, on conseille la *résection* de ces parties, après laquelle on agit comme il vient d'être dit.

Traitement de l'induration. C'est encore M. Ricord qui a le plus insisté sur la nécessité de traiter avec le plus grand soin l'*induration*, qui dans certains chancres est très-considérable, et c'est également au vésicatoire qu'il a recours, mais en lui associant le pansement avec la pommade mercurielle, ainsi qu'il suit : « Le traitement consiste, dit-il, à couvrir la surface indurée d'un *vésicatoire* de grandeur proportionnée à son étendue, et à panser ensuite ce vésicatoire avec l'*onguent mercuriel double*, en mettant pardessus

un *cataplasme*. Quand le vésicatoire est sec, si la tumeur a diminué, on en remet un nouveau, jusqu'à ce qu'on arrive à un *statu quo*. Alors *on comprime la partie, en unissant à la compression l'usage d'un liquide résolutif*. On continue la compression à son tour tant qu'elle produit de bons effets, et on la suspend pour revenir au vésicatoire, dès qu'elle ne produit plus rien, et ainsi de suite jusqu'à la guérison. »

Suivant M. Ricord, ces moyens doivent être employés contre l'induration, même après la cicatrisation de l'ulcère; car, dans sa manière de voir, l'induration est la preuve la plus certaine de l'infection générale, et si elle persiste, on a à redouter l'apparition des accidens consécutifs. Il est à regretter que cette proposition sur un fait si important ne soit pas appuyée sur une analyse rigoureuse des faits. Sans doute M. Ricord a vu un grand nombre de faits de ce genre; mais qu'on n'oublie pas qu'il s'agit ici d'une question de proportion qui ne peut être définitivement résolue que par des chiffres. Tout le monde sait, en effet, que le chancre induré, à une certaine période, est le type de l'ulcère vénérien primitif, et qu'il est de beaucoup le plus fréquent; il n'est donc nullement surprenant que les accidens consécutifs se montrent ordinairement après l'induration; mais ne se montrent-ils qu'en pareil cas? voilà ce qu'il faudrait établir par des recherches mieux dirigées.

Au reste, pour faire disparaître cette induration persistante, on emploie, outre les moyens précédens, les *pommades mercurielles*, ainsi que les *mercuriaux à l'intérieur*, dont il sera question tout à l'heure; et

M. Dietrich recommande, si le chancre induré a son siége sur le feuillet interne du prépuce, de faire des onctions sur le feuillet externe avec la pommade suivante :

♃	Hydriodate de potasse..................	2 grammes.
	Onguent rosat..........................	30 grammes.
M.		

Moyens pour hâter la cicatrisation. Pour hâter la cicatrisation du chancre, lorsque l'inflammation a cédé et que l'ulcère est devenu indolent, on a recours à d'autres moyens que ceux que j'ai indiqués plus haut : telle est l'*eau de Goulard;* la *solution de sulfate de zinc :*

♃	Eau................................	30 grammes.
	Sulfate de zinz......................	0,10 grammes ;

la *solution de sulfate de cuivre :*

♃	Eau................................	30 grammes.
	Sulfate de cuivre....................	0,05 grammes ;

ou bien encore l'*eau chlorurée*, etc. Les pansemens avec ces liquides se font comme avec le vin aromatique, c'est-à-dire qu'on en imbibe de la charpie qui est maintenue sur la surface de l'ulcère.

Tel est le traitement local à l'aide duquel on fait ordinairement cicatriser les chancres avec une grande promptitude. Nous avons vu comment quelques-uns résistent à la médication locale ordinaire, et comment il faut modifier le traitement pour en triompher. Ce que je dois ajouter ici, c'est qu'il est aujourd'hui reconnu, et les observations de Cullerier, de M. Ricord, etc., sont venues le prouver,

que le traitement mercuriel ne hâte nullement la disparition de l'ulcère, quand il est combiné avec ces moyens; qu'employé seul, il n'a souvent aucune influence sur la marche de l'ulcération, et que les applications mercurielles, intempestivement appliquées sur la surface ulcérée, ont l'inconvénient de l'irriter et d'empêcher la cicatrisation. On a vu plus haut ce que nous avons dit relativement à cette dernière assertion.

Il est un certain nombre de *complications* que j'ai fait connaître, et qui demandent aussi à être traitées localement ; il importe donc d'en dire quelques mots avant d'arriver au traitement général.

Traitement des complications. Lorsque les chancres ont leur siége vers l'ouverture du prépuce, il arrive, avons-nous dit, qu'on observe le *phimosis* avec le cortége de symptômes inflammatoires qui l'accompagne. En pareil cas, il faut d'abord combattre ces symptômes inflammatoires, ce que l'on fait par les *émissions sanguines générales et locales*, les *bains*, et des *injections émollientes* ou *narcotiques* entre le gland et le prépuce, la suivante, par exemple :

♃	Décoction de têtes de pavot...........	300 grammes.
	Extrait gommeux d'opium..............	2 grammes.
M.		

On peut en même temps prescrire à l'intérieur les pilules dont voici la formule :

♃	Camphre pulvérisé....................	2,50 grammes.
	Extrait gommeux d'opium...........	0,40 grammes.
	Mucilage...............................	Q. S.

M. Pour seize pilules.
A prendre deux chaque soir.

Puis, quand les chancres peuvent être mis à découvert, on les traite comme il a été dit précédemment. Si ces moyens ne suffisent pas, on a recours à l'*opération*, dont je ne dois pas m'occuper ici.

Je n'ai point non plus à parler avec détail du traitement du *paraphimosis*; tout ce que j'ai à en dire qui ait rapport à notre sujet, c'est que l'on ne doit pas perdre de vue que toute plaie qui est en contact avec le pus des chancres devient elle-même un chancre. Ce simple avertissement suffit pour que le praticien comprenne quelles sont les précautions qu'il faut prendre en pareil cas, et combien il est important de ne recourir à l'instrument tranchant qu'après avoir épuisé inutilement tous les autres moyens usités contre les accidens dont il vient d'être question.

Les autres *complications*, telles que les *bubons*, les *abcès*, ne doivent pas nous arrêter davantage. Ce sont des maladies pour ainsi dire surajoutées à la maladie principale, et qui demandent un traitement particulier dont la place est ailleurs.

2°. *Traitement général* ou *préventif des accidens secondaires.* La première question qui se présente, lorsqu'il s'agit de ce traitement, est de savoir s'il est utile ou inutile, ou même nuisible, comme quelques auteurs l'ont prétendu. M. Cazenave (*loc. cit.*) nous a fourni à ce sujet un relevé d'observations qui mérite d'être reproduit ici, car il s'agit d'une question de thérapeutique très-importante. Voici ce que ce médecin a noté sur cent quarante-trois cas :

N'avaient fait aucun traitement...........	41
N'ont pu faire connaître le traitement suivi.	5
Avaient suivi un traitement simple ou antiphlogistique..........................	51
Avaient suivi un traitement très-incomplet...	8
Avaient employé le mercure à l'extérieur....	8
Avaient pris la liqueur de Van Swieten......	18
Avaient fait un traitement mercuriel complet.	12
Total...........	143

Il résulte de ce tableau que seulement la dixième partie environ des sujets avait fait un traitement complet. Il est vrai que beaucoup de renseignemens importans nous manquent. Ainsi nous savons qu'à une certaine époque le traitement antiphlogistique des chancres était exclusivement mis en usage par beaucoup de médecins; que quelques-uns l'adoptent encore; que plusieurs regardent tout traitement mercuriel comme inutile, et n'ont égard qu'au traitement local. On sent donc combien il est difficile de savoir quel est approximativement le nombre des malades traités de telle ou telle manière, et par conséquent la valeur des chiffres contenus dans le tableau précédent, car tout dépend de la proportion. Si, par exemple, moins du dixième des malades a été traité par le traitement mercuriel complet, il ne serait pas juste de regarder le faible chiffre des sujets atteints d'accidens secondaires après l'avoir suivi, comme prouvant les avantages de ce traitement. Ne regardons, par conséquent, le résultat numérique qui vient d'être indiqué que comme une probabilité en faveur d'un traitement mercuriel bien dirigé; mais faisons observer que, de la part

de ceux qui rejettent ce traitement comme inutile ou comme dangereux, il n'y a pas de preuves vraiment probantes. Cullerier se contente de dire qu'après la cicatrisation de l'ulcère le malade doit être considéré comme bien guéri; mais sur quoi se fonde-t-il? voilà ce qu'il faudrait savoir; car, dans une question aussi difficile une simple assertion, même de la part d'un médecin qui s'est exclusivement occupé de cette matière, n'a pas d'importance réelle. La même réflexion s'applique à cette proposition de Rust : que le traitement mercuriel n'a jamais empêché le développement des accidens secondaires. Où sont les preuves? voilà ce qu'il faut encore demander.

Quelques médecins ont été jusqu'à dire que le traitement mercuriel était non seulement inutile, mais encore nuisible; et, armés de statistiques dont le peu d'exactitude a été démontré, ils ont, entre autres choses, avancé que les accidens secondaires attribués à la syphilis devaient pour la plupart être attribués au traitement mercuriel lui-même. C'est une question sur laquelle je reviendrai lorsque j'aurai à parler de la syphilis en général. Je me contenterai ici d'un petit nombre de considérations.

On ne peut nier que l'abus du mercure n'ait produit des accidens graves; c'est ce qu'ont démontré plusieurs auteurs, et entre autres M. Dietrich, qui a publié un ouvrage sur les maladies mercurielles. Mais depuis assez longtemps on ne fait point abus du mercure, et le nombre des accidens secondaires est encore considérable. A une certaine époque, lorsque l'utilité des préparations mercurielles fut bien reconnue, on put dépasser la mesure et poser des principes qui

pendant longues années ont prévalu sans qu'on s'aperçût des conséquences de l'application vicieuse du remède, parce qu'on les attribuait naturellement à la syphilis elle-même ; mais depuis que l'attention a été fixée sur ce point, les médecins ont généralement été sobres des agens mercuriaux, et ils se sont surtout attachés à ne pas dépasser la limite convenable. Ce que l'on a reproché à l'abus du mercure ne saurait donc s'appliquer à notre époque. Et d'ailleurs le tableau précédemment cité, s'il ne nous donne pas un résultat positif sur la propriété préventive du mercure, ne nous apprend-il pas du-moins, quelles que soient les proportions qu'on puisse raisonnablement supposer, que le mercure, en admettant qu'il n'ait pas le degré d'utilité que beaucoup de médecins lui reconnaissent et auquel je ne peux m'empêcher de croire, n'a pas la funeste influence qu'on a voulu lui attribuer ?

Enfin M. Cazenave, dans le but de résoudre cette question, a fixé son attention sur bon nombre de sujets affectés de tumeurs gommeuses, d'ulcères, de syphilides traités par le mercure, et qui, loin de s'aggraver, ont été guéris par ce traitement ; tandis que, d'un autre côté, il observait un très-grand nombre d'ouvriers soumis aux émanations du mercure, ayant absorbé par conséquent une grande quantité de ce métal, y ayant contracté le tremblement mercuriel, et ne présentant aucun des accidens secondaires de la syphilis. Chaque jour les praticiens convenablement placés ont occasion de faire de semblables remarques.

De ce qui précède je crois pouvoir conclure, tout en faisant des vœux pour que nous ayons des ren-

seignemens plus précis sur un sujet aussi important, que le mercure convenablement administré n'a pas les inconvéniens qu'on lui a reprochés; que, selon toutes les probabilités, il a la propriété de prévenir les accidens secondaires, quoique cette propriété préventive ne soit pas absolue; que par conséquent tout praticien prudent doit prescrire le traitement mercuriel, en faisant comprendre au malade que c'est une grande chance d'être à l'abri de l'infection générale et des accidens secondaires, mais que cependant il ne devra pas se regarder comme entièrement à l'abri de ces accidens. Si ces conclusions ne sont pas telles que pourraient le désirer les esprits sévères, la faute en est à l'état de la science, les auteurs qui se sont occupés de ces questions ne les ayant pas traitées avec la méthode et la rigueur nécessaires.

Maintenant est-il quelque signe auquel on puisse reconnaître que le chancre menace d'être suivi d'accidens secondaires ? Suivant M. Ricord, il n'est qu'un signe qui annonce le danger ; mais ce signe est infaillible, et c'est l'*induration*. Je ne reviendrai pas longuement sur ce que j'ai dit plus haut à ce sujet; je me contente de rappeler que malheureusement la valeur de ce signe n'est pas aussi bien prouvée que le pense M. Ricord. Sans doute l'existence de l'induration devra engager le médecin à administrer avec grand soin le traitement mercuriel ; mais dans les cas où elle ne se montrera pas, devra-t-il s'en abstenir ? C'est une conclusion que les praticiens prudens n'admettront pas avant qu'on leur ait fourni des preuves plus concluantes.

Je pense que, dans l'état actuel de la science, on

ne peut s'empêcher de recourir au traitement général, dès qu'il est constaté qu'un sujet a eu un chancre. Sans doute dans beaucoup de cas on aura employé un moyen inutile, mais on n'aura pas, quoi qu'on en dise, prescrit un remède dangereux, car il suffit pour cela de ne pas dépasser les limites, et c'est l'affaire du médecin éclairé. Au reste, je le répète, il faut que ceux qui sont opposés à cette manière d'agir fournissent des faits convaincans et nombreux, s'ils veulent qu'on se range à leur opinion.

Quel est maintenant le traitement général qu'il convient de faire ? C'est encore là une question qui présente de grandes difficultés, parce que les auteurs qui se sont occupés des maladies syphilitiques n'ont pas expérimenté convenablement, et c'est toujours, comme on le voit, la même cause qui produit l'embarras dans lequel nous nous trouvons. Ce que l'on peut dire de plus certain, en envisageant les faits d'une manière générale, c'est que le *traitement mercuriel* est le plus convenable. On a recommandé le traitement par l'*opium à haute dose*, par les *sudorifiques*, par le *sulfate d'antimoine*, etc., etc.; mais ces moyens ne conviennent que dans des cas exceptionnels, et presque uniquement lorsque les ulcères vénériens sont consécutifs, et constituent par conséquent des accidens secondaires; or ce n'est pas le cas dont il s'agit ici.

Quant au traitement mercuriel qu'il convient de prescrire, je ne crois pas qu'il soit nécessaire ici de le rechercher avec soin. Rien ne prouve, en effet, qu'il faille employer d'autres remèdes mercuriels pour prévenir l'apparition de la syphilis constitu-

tionnelle, que pour la faire disparaître quand elle est déclarée. Je dois donc naturellement renvoyer le lecteur à ce que je dirai du traitement de la syphilis en général, des syphilides, et de leurs symptômes concomitans.

Je me contenterai de dire ici que le *deutochlorure de mercure* (liqueur de Van Swiéten, sirop de Larrey additionné, etc.) est la préparation la plus généralement administrée. On peut la remplacer par les *pilules de Sédillot*, par les *frictions mercurielles*, par les *frictions sur la plante des pieds avec la pommade au sublimé*, suivant la méthode de Cirillo, etc., etc. Il est bon d'adjoindre aux préparations mercurielles l'usage d'une tisane dépurative, et notamment de la salsepareille. Mais c'est assez insister sur des moyens que j'aurai à exposer longuement ailleurs. Il est une seule remarque à ajouter : c'est que les auteurs qui préconisent le traitement général comme préventif des accidens secondaires, recommandent de le proportionner au degré présumé de l'affection. Malheureusement il est bien difficile de se faire une idée juste de ce degré, et c'est là sans contredit une des causes qui ont fait regarder ce traitement comme inutile. On a dû bien des fois, en effet, rester en deçà de la limite convenable et ne pas détruire l'infection générale, et l'on a attribué à l'impuissance du médicament l'apparition des accidens secondaires due uniquement à ce que le traitement n'avait pas été aussi complet qu'il l'aurait fallu. Il faut nécessairement laisser à l'appréciation du médecin la force et la durée de ce traitement, jusqu'à ce que des recherches exactes aient été faites.

Résumé. Il résulte de ce qui a été dit plus haut qu'il y a encore beaucoup d'obscurité dans plusieurs points du traitement de l'ulcère vénérien primitif; que cependant les faits, tels que nous les possédons, doivent nous faire admettre comme très-utile le traitement abortif dans les premiers jours du chancre; les moyens locaux propres à hâter la cicatrisation, et qui ont été précédemment indiqués; et enfin le traitement mercuriel, prescrit dans le but de prévenir les accidens secondaires.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1°. *Traitement abortif :* Cautérisation par le nitrate d'argent, par la potasse caustique, la pâte de Vienne, etc.; excision.

2°. *Traitement antiphlogistique :* Saignées; émolliens; repos; diète.

3°. *Traitement du chancre douloureux :* Narcotiques : opium; eau de laurier-cerise, etc.

4°. *Traitement du chancre indolent :* Cautérisation avec le nitrate d'argent; pansemens avec : la charpie sèche, le calomel en poudre, la pommade de calomel, le sublimé; caustiques; pansemens avec le vin aromatique.

5°. *Traitement du chancre phagédénique rebelle :* Cataplasme avec la carotte, cire fondue; onguens digestifs; caustiques puissans; cautère objectif; vésicatoire; poudre de cantharides.

6°. *Traitement de l'induration :* Vésicatoire pansé avec l'onguent mercuriel; compression; liquides résolutifs; mercuriaux à l'intérieur et à l'extérieur; hydriodate de potasse.

7°. *Moyens pour hâter la cicatrisation :* Eau de Goulard; sulfate de zinc et de cuivre; eau chlorurée, etc.

8°. *Traitement des complications :* Traitement du phimosis, du paraphimosis, des bubons, des abcès, etc.

9°. *Traitement général ou préventif des accidens secondaires :* Mercure.

Telles sont les seules affections vénériennes primitives dont je crois devoir parler; les autres appartiennent trop exclusivement à la chirurgie pour qu'elles puissent trouver place dans notre cadre. Je vais maintenant passer à l'étude des maladies des parties génitales propres aux femmes.

SECTION II.

Maladies des Femmes.

Nous voici parvenus à un ordre de maladies sur lesquelles on a beaucoup écrit, et qui cependant sont encore le sujet des plus fréquentes discussions, parce que les auteurs ont plus ou moins négligé la méthode rigoureuse qui conduit seule aux résultats positifs. Nous allons rencontrer bien des difficultés, et nous nous verrons obligés de reculer devant un bon nombre de questions insolubles, car nous manquerons des documens indispensables pour les résoudre; mais ce sera encore un avantage de pouvoir, tout en constatant ce qui est bien réellement acquis à la science, signaler ce qu'elle désire encore. Peut-être quelque observateur comprendra-t-il, en mesurant l'étendue des lacunes qui existent dans cette partie de la pathologie, l'honneur qu'il y aurait à les combler par des recherches exactes et rigoureuses.

Ce n'est pas que des travaux entrepris depuis que l'observation est plus généralement faite avec le soin nécessaire, ne soient venus jeter de vives lumières sur ce sujet obscur. L'application seule du spéculum, qui permet d'examiner avec facilité des parties qu'on n'avait guère explorées jusqu'à ces dernières années que par le toucher, devait inévitablement nous conduire à des découvertes importantes; mais, d'un autre côté, cette application a eu l'inconvénient de fixer presque exclusivement l'atten-

tion des médecins sur ce qu'ils voyaient, et de la détourner fréquemment de l'étude de la marche de l'affection, de son étiologie, etc. Dans le cours des descriptions suivantes, il me sera facile de fournir la preuve de ce que j'avance.

Voici la division fort simple que j'adopterai dans cette section : 1° je dirai quelques mots des *maladies de la vulve;* 2° je passerai aux *affections du vagin;* 3° je ferai, dans un *appendice*, l'histoire de la *leucorrhée*, dont le siége ne saurait être exclusivement placé ni dans le vagin ni dans l'utérus, et qui nous servira de transition entre les maladies de ces organes; 4° viendront ensuite les *maladies de l'utérus;* 5° puis celles des *ovaires;* 6° et enfin un second *appendice* renfermera les *abcès de la fosse iliaque*, affection dont les rapports avec certaines lésions des organes génitaux a à peine besoin d'être mentionnée.

CHAPITRE PREMIER.

Maladies de la vulve.

Bien que les maladies de la vulve soient accessibles à l'exploration directe, on peut dire qu'elles sont plus imparfaitement connues que beaucoup de maladies internes; ce qui tient sans aucun doute à la négligence avec laquelle on les a étudiées.

Je ne m'occuperai que de la *vulvite simple*, de la *vulvite folliculeuse*, de la *vulvite pseudo-membraneuse*, de la *gangrène*, de la *névralgie*, et du *prurit de la vulve;* ces affections sont, en effet, les seules qui doivent trouver place dans le cadre que je me suis tracé.

ARTICLE Ier.

VULVITE SIMPLE.

On ne trouve nulle part une description de la vulvite simple. Cela tient à ce qu'on n'a guère considéré cette maladie que comme faisant partie de la *blennorrhagie.* Il est certain que c'est par suite de cette affection spéciale qu'elle se montre le plus fréquemment; cependant il n'est pas douteux que l'inflammation de la vulve ne puisse aussi se produire en dehors de toute cause vénérienne; et, n'y eût-il que la vulvite qu'on observe chez les enfans, le fait serait parfaitement prouvé. Il importe donc d'en dire quelques mots.

Causes. C'est, comme je viens de le dire, *chez les petites filles* que se montre particulièrement la

vulvite dont il s'agit. Cependant, ainsi que l'ont fait remarquer les auteurs qui se sont occupés particulièrement des maladies des enfans, il n'est pas commun de voir la maladie se développer spontanément chez des sujets parfaitement sains. Elle se produit ordinairement chez des enfans *détériorés par des maladies antérieures*, *lymphatiques*, *scrophuleux*. Il est fort rare de la voir apparaître de cette manière après les premières années de la vie.

Que les sujets soient sains ou dans un état valétudinaire, il faut ordinairement une cause excitante pour produire la maladie. C'est souvent la *malpropreté* chez les enfans, et, dans toutes les conditions, ce sont les *diverses excitations* de la vulve, parmi lesquelles il faut placer en première ligne la *masturbation* et les *violences exercées par des hommes* sur des filles très-jeunes. Nous avons vu, en parlant des *oxyures* du rectum, que ces petits vers peuvent occasionner un prurit très-désagréable, non-seulement de l'anus, mais encore de la vulve, soit qu'ils se portent dans cette dernière partie, soit qu'ils restent dans le rectum. Il en résulte que les petites filles portent sans cesse leur main à la vulve, qu'elles irritent cette partie par des frottemens répétés, et de là une inflammation plus ou moins vive.

On observe assez fréquemment un écoulement abondant de la vulve chez les filles nouvellement nées. Ce qui paraît particulièrement produire cet écoulement qui s'accompagne assez souvent de tuméfaction et de rougeur, ce sont les manœuvres de l'accouchement, et peut-être le contact des matières sécrétées par le vagin. Le fait est surtout évident lorsque les enfans se sont présentés par le siége.

Symptômes. Vulvite simple aiguë. Rien n'est plus simple que les symptômes de la vulvite simple aiguë. Un sentiment de *chaleur*, avec *cuisson* plus ou moins vive, et *tuméfaction* plus ou moins considérable de la vulve qui offre quelquefois un aspect fongueux, et bientôt après un écoulement d'abord limpide, puis épais, blanc ou jaunâtre, d'une abondance variable, voilà ce que l'on observe dans tous les cas. Le contact de l'urine augmente la douleur lorsque l'inflammation est un peu vive, et dans le même cas la marche est difficile ou presque impossible. On voit, au reste, que, sous ce rapport, il n'y a pas de différence essentielle entre la vulvite simple et la blennorrhagie.

Cette inflammation peut-elle se communiquer par le contact? C'est ce que pensent plusieurs auteurs, mais ce qui n'est pas démontré.

Cette affection ne détermine pas par elle-même des *symptômes généraux;* c'est un mal purement local.

Vulvite simple chronique. C'est sous cette forme qu'elle se présente souvent chez les enfans profondément débilités. Elle succède à la précédente lorsque des excitations continuelles l'ont entretenue pendant longtemps. Elle ne diffère de la vulvite aiguë que par l'absence complète ou presque complète de la douleur, de la tuméfaction, et parfois de la rougeur. L'écoulement qu'elle produit est aussi moins épais dans les cas ordinaires.

Marche; durée; terminaison. La *marche* de la maladie est très-aiguë lorsqu'une violence brusque a été exercée sur la vulve. S'il s'agit d'une excitation répetée, comme la masturbation, ce n'est qu'au

bout d'un certain temps que les symptômes prennent un assez haut degré d'intensité. Nous avons vu plus haut que la vulvite simple, qui survient secondairement chez les sujets maladifs, a ordinairement une marche chronique.

La *durée* de cette affection est par conséquent très-variable. Suivant M. Durand-Fardel, cette affection, lorsqu'elle est due à une violence brutale, se fait remarquer par la promptitude avec laquelle elle se guérit. Le fait doit être admis d'une manière générale; cependant j'ai vu, à l'hôpital de Lourcine, un certain nombre de petites filles qui avaient subi de semblables violences, sans que rien pût faire penser qu'il y avait contagion, et chez lesquelles l'écoulement se prolongeait beaucoup, et résistait aux moyens qui, d'après tous les auteurs, en triomphent facilement. Peut-être, malgré la surveillance, la masturbation entretenait-elle le mal. Ce qu'il y a de certain, néanmoins, c'est que la vulvite aiguë peut, dans quelques cas, durer, avec tous ses caractères, un et deux mois sans qu'il soit possible de découvrir la cause de cette durée insolite.

La vulvite aiguë a une *terminaison* promptement favorable dans la grande majorité des cas. On vient de voir qu'il y a des exceptions à cette règle. La vulvite chronique, et surtout celle qui est la conséquence d'une débilitation considérable, a souvent de la tendance à se perpétuer, bien qu'on éloigne la cause occasionnelle qui a pu la produire, et qu'on emploie les moyens reconnus pour les plus efficaces.

Diagnostic. Il est évident que le diagnostic de l'inflammation de la vulve, considéré d'une manière générale, ne peut présenter aucune difficulté.

Pour la vulvite aiguë, la rougeur, la tuméfaction, la douleur et l'écoulement forment un ensemble de symptômes qui ne peut se rapporter qu'à cette maladie; et pour la vulvite chronique, un écoulement avec un certain degré d'irritation, bornés à la vulve, sont des caractères suffisans.

Il n'est qu'un seul point sur lequel il soit nécessaire de dire quelques mots; mais ce point a une grande importance et présente de nombreuses difficultés. Est-il possible de décider, d'après les symptômes et la marche de la maladie, si la vulvite due à une violence extérieure, la vulvite *traumatique*, suivant l'expression de M. Durand-Fardel, peut être distinguée de la *vulvite spontanée?* C'est principalement chez les jeunes filles qui n'ont pas encore atteint l'âge de quinze ans que l'on est appelé à se prononcer sur la nature de l'affection, parce que la disproportion des organes rend chez elles les résultats de la violence beaucoup plus graves, et qu'il en résulte une vulvite ordinairement intense. Les cas de ce genre ne se présentent que trop fréquemment à l'observation, et les médecins légistes savent combien leur mission devient délicate en pareil cas.

M. Durand-Fardel (*Mémoire sur la Blenn. chez la Femme*, etc.; Journ. des Connaiss. médico-chir.; juillet 1840) s'est attaché plus qu'aucun autre auteur à résoudre cette question importante, et voici un résumé de ce qu'il dit à ce sujet : D'après ses observations, 1° la vulvite due à la violence est bornée à la vulve et au méat ou au canal de l'urètre, tandis qu'il est extrêmement rare que l'on observe cette circonscription dans la vulvite spontanée;

2° la vulvite traumatique présente une rougeur plus vive de la muqueuse, et un état d'éréthisme des petites lèvres plus marqué que la vulvite spontanée, qui est ordinairement chronique, ainsi que nous l'avons vu plus haut, et sous la dépendance d'une détérioration plus ou moins marquée de l'organisme; 3° la première cède à des moyens très-simples avec beaucoup plus de facilité et de promptitude que la seconde à des moyens plus actifs; 4° enfin le début récent de l'affection, rapproché d'autres circonstances, peut mettre sur la voie du diagnostic.

Les signes distinctifs donnés par M. Durand-Fardel, et auxquels il sera bon d'en joindre d'autres tirés d'un interrogatoire attentif sur les diverses causes précédemment indiquées, ces signes ont une valeur réelle, et assurément il n'est pas de médecin légiste qui n'en tienne un grand compte. Néanmoins, et l'auteur que je cite le reconnaît lui-même, ce ne sont pas là des certitudes, et, à moins que d'autres observations ne viennent jeter un nouveau jour sur cette question obscure, une enquête rigoureuse sur ce qui s'est passé sera toujours nécessaire pour permettre de porter un diagnostic précis qui, du reste, sous le rapport pratique, n'a pas une aussi grande importance.

Pronostic. L'affection dont il s'agit est très-peu grave lorsqu'elle survient à la suite d'une violence extérieure, d'une excitation quelconque, chez un sujet bien portant. Dans le cas contraire, c'est-à-dire lorsque, soit sous l'influence de ces causes, soit spontanément, la vulvite se manifeste chez des enfans débilités par des maladies antérieures ou actuellement malades, l'affection est plus sérieuse,

d'abord parce qu'il est beaucoup plus difficile d'en triompher, et ensuite parce que l'écoulement continuel qui en résulte contribue encore à augmenter la débilitation, et occasionne des troubles des organes digestifs.

Traitement. Le traitement de la *vulvite simple aiguë* ne présente rien de particulier; ce serait, par conséquent, retomber dans des redites inutiles que de présenter de nouveaux détails à ce sujet. Disons seulement que cette affection cède ordinairement beaucoup plus promptement que la vulvite blennorrhagique aux *simples émolliens*, et dans les cas les plus graves aux *lotions légèrement astringentes.* Dans quelques cas, néanmoins, il faut recourir aux *lotions cathérétiques*, et, comme je l'ai dit plus haut, ces cas peuvent être assez rebelles. Ainsi on aura recours à la *cautérisation* légère avec le nitrate d'argent, et aux *lotions* avec une faible solution de cette substance, à peu près comme dans la vulvite chronique.

La *vulvite chronique*, et surtout celle qui est sous la dépendance d'une débilitation marquée de l'organisme, d'un état lymphatique, scrofuleux, exige quelques autres moyens. Ainsi, localement, on aura recours tout d'abord aux *lotions astringentes* ou *cathérétiques* (*nitrate d'argent* dissous dans l'eau, à la dose de 0,05 à 0,10 grammes par 60 grammes de liquide); puis, s'il s'agit d'un appauvrissement du sang résultant d'une convalescence difficile, de la misère, etc., on prescrira les *toniques*, les *analeptiques*, comme dans la blennorrhée qui se montre dans les mêmes conditions; et si le sujet est scrophuleux, on aura recours aux moyens indiqués

à l'article *Scrophules* (*voy.* les articles *Scrophules* et *Carreau*, tom. III et VI).

On comprendra facilement pourquoi je passe si rapidement sur cette maladie, dont l'histoire demande de nouvelles recherches.

ARTICLE II.

VULVITE FOLLICULEUSE.

Déjà Graaf (*de Mulier. org. gener. inserv.*) avait indiqué la possibilité de l'inflammation isolée des follicules qui entourent l'entrée du vagin, lorsqu'un certain nombre de cas qui se sont présentés à M. Robert (*Mém. sur l'Infl. des follic. muq. de la Vulve;* Arch. gén. de Méd.; août 1841) ont permis à ce chirurgien de tracer une histoire détaillée de cette affection. Voici ce qui résulte de ses recherches:

Causes. C'est presque toujours à la suite d'une *blennorrhagie* que se manifeste l'inflammation des follicules muqueux de la vulve, du moins c'est dans ces circonstances que M. Robert l'a observée; mais on conçoit que *toute autre inflammation* puisse envahir ces lacunes, et donner lieu aux symptômes qui vont être décrits. M. Robert a cité deux faits dans lesquels on voit l'inflammation survenir après la *grossesse*.

Symptômes. L'inflammation des autres parties soit de la vulve, soit du vagin, est dissipée ou très-considérablement amendée lorsque celle des follicules se fait remarquer par les signes qui lui sont propres. M. Robert explique facilement la persistance de cette dernière par la disposition des parties enflammées. On comprend, en effet, sans peine, que des cavités

à orifice étroit présentent une inflammation plus rebelle que les autres points de la muqueuse, puisque les moyens dirigés contre elle atteignent difficilement le siége du mal.

Les malades éprouvent, dans le point occupé par l'inflammation, un *prurit* parfois insupportable, ou bien des *élancemens douloureux*, ou enfin l'un et l'autre de ces symptômes. C'est surtout pendant la marche qu'ils se font sentir.

Il y a toujours de l'*écoulement*. La *matière* de cet écoulement est peu abondante; blanche et opaline lorsque la maladie est ancienne; jaunâtre, épaisse, puriforme lorsque la maladie est récente. Dans quelques cas, l'écoulement est plus abondant. Cela tient à la dilatation de la cavité folliculeuse qui augmente la surface sécrétante. L'écoulement n'est pas continu, du moins dans la très-grande majorité des cas. A des intervalles variables, une, deux fois ou plus par jour, la matière s'échappe en plus ou moins grande abondance, ce qui s'explique facilement par l'étroitesse de l'orifice, qui détermine l'accumulation du liquide dans la cavité du follicule, de telle sorte que celui-ci n'est évacué que lorsque la distension de cette cavité est parvenue à sa dernière limite. Dans les deux cas survenus après la grossesse, c'était pendant la nuit que se vidaient les petites tumeurs, et Swédiaur a cité un cas de prétendues pollutions nocturnes fréquentes chez une femme, que M. Robert est porté à rapprocher des faits précédens, ainsi que celui qu'il a observé lui-même. L'évacuation du pus contenu dans un ou plusieurs follicules aurait, dans ces cas, simulé les pollutions spermatiques de l'homme.

Quelquefois il est nécessaire d'exercer une pres-

sion sur les tumeurs pour les vider. M. Robert a cité des exemples de ce genre. Les femmes, prévenues par la douleur, cherchaient elles-mêmes à se soulager en pressant sur la poche purulente pour en faire sortir le liquide.

L'*examen* attentif de l'orifice du vagin fait voir dans le sillon qui limite en dehors les caroncules myrtiformes, une ou plusieurs ouvertures très-petites, arrondies, grisâtres, entourées d'une aréole rouge, contrastant avec la couleur rosée des parties voisines. Parfois ces aréoles se confondent et forment ainsi une zône d'un rouge vif, plus ou moins étendue autour de l'entrée du vagin et de celle de l'urètre. Ces petites ouvertures sont situées sur de petites élévations dont le volume varie suivant que les follicules sont plus ou moins distendues par le pus. Quelques-unes sont parfois assez saillantes, ce qui est dû à la fois à la distension de leur cavité et à l'hypertrophie de leurs parois. C'est surtout pendant et après la grossesse que M. Robert a vu les saillies du plus gros volume.

Mais c'est *en explorant les points malades à l'aide d'un stylet d'Anel* qu'on obtient le signe le plus important. Ce stylet pénètre, en effet, à une assez grande profondeur par l'orifice indiqué plus haut. C'est ainsi que, dans plusieurs cas, M. Robert a pu le faire pénétrer jusqu'à une profondeur de cinq à six lignes.

Enfin, *lorsqu'on presse sur les follicules*, on voit s'écouler au dehors une quantité variable de matière ayant l'aspect indiqué plus haut, ce qui achève de caractériser la maladie.

L'affection est purement locale; aussi n'observe-

t-on pas d'autres symptômes que ceux qui viennent d'être indiqués. Les malades sont souvent irritées par la persistance de leur maladie, par la douleur qu'elles éprouvent; mais la santé générale n'en est pas altérée, à moins de complications.

M. Robert a remarqué que, dans presque tous les cas, on trouve des ulcérations, des érosions, des granulations de l'utérus; mais il est évident que ces lésions, qui sont dues, comme l'inflammation des follicules, à la maladie primitive : la blennorrhagie, n'ont pas d'autre rapport avec la vulvite folliculeuse.

Marche; durée; terminaison L'inflammation des follicules se produit très-rapidement dans le cours de la blennorrhagie; mais, dans le plus grand nombre des cas, elle est peu intense, ne pénètre probablement pas à une grande profondeur, et se dissipe avec l'inflammation des autres parties des organes génitaux. Dans les circonstances opposées, l'inflammation persiste, elle reste stationnaire, et la maladie dont nous nous occupons est déclarée.

La *durée* de cette maladie est illimitée; les sujets ne réclament ordinairement des soins qu'après en avoir souffert pendant longtemps. M. Robert a traité des malades qui en étaient affectées depuis quinze mois.

D'après les faits connus, la *vulvite folliculeuse*, lorsqu'elle est parvenue au degré dont il s'agit, n'a plus aucune tendance à se *terminer* spontanément; les follicules vidés se remplissent bientôt de nouveau pus ou muco-pus, et ainsi de suite, sans autre amélioration ordinairement qu'une diminution progressive dans la consistance et la couleur jaune de l'écoulement.

Diagnostic. Les signes indiqués plus haut sont trop précis pour que le diagnostic présente la moindre difficulté. Cependant il est une affection analogue sur laquelle M. Vidal (de Cassis) (voy. *Trait. de Path. ext.*, tom. Ier, p. 246) a spécialement fixé l'attention des chirurgiens : c'est un abcès des grandes ou des petites lèvres qui s'ouvre spontanément, et dont l'orifice devient fistuleux. Les choses se passent dans ces cavités accidentelles comme dans les cavités naturelles dilatées et enflammées qui entourent l'orifice du vagin ; mais le siége étant différent, il n'y aurait pas lieu de parler de ce diagnostic si quelques chirurgiens n'avaient pensé que peut-être l'inflammation placée par M. Robert dans les follicules n'est autre chose qu'un de ces abcès signalés par M. Vidal. C'est une question que je ne peux pas résoudre d'une manière absolue; cependant je dirai que les détails anatomiques fournis par M. Robert sont trop précis pour qu'on puisse supposer que la maladie qu'il a décrite ait son siége ailleurs que dans les follicules dont il s'agit.

M. Robert remarquant que le *prurit* de la vulve est parfois très-marqué dans l'inflammation des follicules, s'est demandé si, dans quelques cas, ce n'est pas à cette inflammation même qu'il faut rapporter le prurit observé sans lésion reconnue, et qui a été signalé par les auteurs. Il croit qu'on peut en particulier rattacher à cette affection certains cas regardés par Biett comme des *prurigos* de la vulve, quoique aucune éruption ne se montrât, et il est d'autant plus porté à le faire que, dans plusieurs observations citées, les moyens dirigés contre ces prétendus prurigos ont complétement échoué.

Il est à peine nécessaire de dire que cette affection n'a aucune gravité, et nous allons voir qu'elle a toujours cédé à un traitement approprié.

Traitement. Le traitement de la vulvite folliculeuse est tout chirurgical. Voici comment il est exposé par M. Robert :

« L'expérience m'a démontré, dit cet auteur, qu'il ne faut pas compter sur les applications extérieures, et que le seul moyen efficace consiste à détruire les organes affectés. Un stylet d'Anel, des ciseaux très-fins et boutonnés, un crayon de nitrate d'argent sont les objets nécessaires pour cette petite opération.

« La malade étant convenablement placée, on introduit d'abord un stylet d'Anel dans la cavité du follicule qu'on reconnaît à sa direction oblique, à sa position superficielle et à sa profondeur, qui varie entre quatre et huit lignes, puis on en dilate l'entrée en exécutant avec l'instrument de légers mouvemens de circumduction. Une des lames des ciseaux étant substituée au stylet, on la fait parvenir avec précaution jusqu'au fond du follicule, et, par un mouvement brusque, on divise la cloison membraneuse et mince qui sépare sa cavité de celle du vagin. La plaie étant de suite abstergée, on la cautérise, ainsi que la surface du follicule, avec le crayon de nitrate d'argent.

« Cette opération, quoique douloureuse, ne provoque aucun accident sérieux. Il survient un peu de gonflement inflammatoire, les surfaces cautérisées suppurent et se cicatrisent assez promptement; mais souvent on voit persister quelques débris du follicule qui ont échappé soit aux investigations du chirurgien, soit à l'action de l'instrument tranchant

et du caustique. Il faut les atteindre et les cautériser plus tard. La guérison ne saurait être complète si le follicule n'est entièrement détruit. »

Telle est cette affection, que j'ai cru devoir présenter avec quelques détails, bien qu'elle appartienne plus particulièrement à la chirurgie qu'à la pathologie interne, parce qu'elle n'est pas très-connue, parce que, si l'attention du médecin n'est pas suffisamment attirée sur elle, il peut, pendant bien longtemps, la laisser persister malgré les incommodités qu'elle cause, et surtout parce que ces follicules malades, s'ils ne sont pas détruits, peuvent être des foyers permanens de contagion. Il est plus que probable, en effet, que, dans un assez bon nombre de cas, des femmes qui ont communiqué des blennorrhagies ont été regardées comme saines, tandis qu'elles avaient l'affection qui vient d'être décrite, et qui avait passé inaperçue.

ARTICLE III.

VULVITE PSEUDO-MEMBRANEUSE.

Nous n'avons pas de renseignemens très-précis sur cette affection, qui n'a guère été étudiée que subsidiairement dans des articles consacrés à la diphthérite. M. Bretonneau l'a mentionnée et en a cité des exemples. Elle ne se montre guère que dans des cas où la diphthérite a envahi d'autres points du corps, et en particulier la bouche. On peut donc la considérer comme une affection secondaire, qui par conséquent n'a pas un très-grand intérêt pour nous.

C'est presque toujours dans des épidémies de *stomatite pseudo-membraneuse* qu'on observe la diph-

thérite vulvaire. Elle affecte les *enfans*, et, lorsqu'elle se montre, on trouve souvent des pseudo-membraneuses dans plusieurs autres parties du corps, comme les oreilles, le nez, les surfaces des vésicatoires.

Il est rare qu'elle s'étende au-delà de la vulve; cependant elle peut occuper l'urètre et le vagin. « Je n'ai pas connaissance, dit M. Velpeau, qu'elle ait jamais pénétré jusque dans le col de l'utérus, ni que de la vulve elle ait gagné le rectum. »

Les symptômes sont la *douleur*, une *tuméfaction* qui n'est pas ordinairement considérable, l'apparition d'une pseudo-membrane semblable à celle qui envahit la bouche (*voy.* t. III, *Stomatite pseudo-membraneuse*) et l'écoulement d'une matière sanieuse. « Arrivée dans l'urètre, dit encore M. Velpeau, *elle pourrait* amener une *ischurie* véritable, et doit au moins causer des cuissons, des douleurs vives au moment de l'émission de l'urine. » Il résulte de cette citation que l'observation ne nous a pas éclairés suffisamment sur ce point.

Les symptômes généraux sont les mêmes que ceux de la stomatite pseudo-membraneuse, sous la dépendance de laquelle ils se développent ordinairement.

On pourrait confondre la vulvite pseudo-membraneuse avec la vulvite gangréneuse, dont je vais dire quelques mots dans l'article suivant. La manière dont se forme la pseudo-membrane, qui d'abord présente des îlots d'un blanc grisâtre s'étendant rapidement, la disproportion qui existe entre la gravité apparente du mal et la tuméfaction des parties, et plus encore la chute de lambeaux pseudo-membraneux, promptement remplacés par de nouvelles couches, servent à fixer le *diagnostic*.

Sous les autres rapports, cette affection ne nous offre rien qui diffère de ce que nous avons déjà fait connaître à propos de la diphthérite buccale.

Traitement. Je n'aurai non plus rien à dire de particulier relativement au traitement. Les moyens mis en usage sont ceux qui ont été indiqués dans l'article consacré à la stomatite pseudo-membraneuse. On peut en juger par le passage suivant de l'article de M. Velpeau (*Dict. de méd.*, t. XXX, p. 990) qui résume ce qui a été fait en pareil cas.

« Pas plus, dit-il, que pour la diphthérite en général, les émissions sanguines, le régime affaiblissant, les topiques émollients ne conviennent ici. C'est en touchant les surfaces couenneuses avec de l'*alun en poudre*, avec une *forte solution de la même substance*, avec le *nitrate d'argent* en solution, ou même en nature, avec l'*acide hydrochlorique* plus ou moins étendu de miel, ou encore avec les *chlorures de sodium* ou de *calcium*, qu'on débarrasse promptement les malades. Du reste, une fois l'inflammation folliculaire arrêtée par l'effet de ces puissans moyens, on leur substitue avec avantage des *lotions émollientes* ou *détersives* et des *bains de siége.* »

ARTICLE IV.

VULVITE GANGRÉNEUSE.

La gangrène de la vulve est à peu près dans le même cas que les affections précédentes, c'est-à-dire qu'elle n'a pas été ordinairement étudiée d'une manière spéciale. MM. Rilliet et Barthez (*Trait. des Malad. des Enfans*, t. I[er], p. 192 et suiv.) se contentent d'en dire

quelques mots dans leur article sur la *gangrène de la peau spontanée et diffuse.* Le docteur Richter (*sur la Gangrène des Enf.*, etc., dans le journal l'*Expérience*, t. II, 1838) en a également parlé dans un Mémoire consacré aux diverses espèces de gangrène qui se montrent chez les enfans. Seulement il a présenté quelques considérations qui se rapportent exclusivement à la gangrène de la vulve, et que j'indiquerai tout à l'heure.

Causes. La gangrène de la vulve peut-elle se développer spontanément chez un sujet non détérioré par des maladies antérieures ou actuellement existantes ? Telle est la première question qu'il importe de poser. Nous n'avons malheureusement pas de documens positifs propres à la résoudre : suivant M. Richter, le fait ne serait pas douteux; mais cet auteur se contente d'affirmer ce qu'il aurait fallu démontrer par des exemples. MM. Rilliet et Barthez n'ont jamais vu de faits de ce genre, et je n'en ai pas trouvé dans les autres auteurs qui se sont occupés des maladies de l'enfance.

Quoi qu'il en soit, c'est, du moins dans l'immense majorité des cas, chez des enfans faibles, détériorés, actuellement malades, que se montre cette gangrène. Les affections dans lesquelles on la voit apparaître sont les *fièvres éruptives :* variole, scarlatine, rougeole, surtout aux époques d'épidémie; la *fièvre typhoïde;* puis les autres maladies caractérisées par un mouvement fébrile intense.

La gangrène de la vulve peut se montrer à toutes les époques de l'enfance; mais, suivant M. Richter, c'est de la deuxième à la troisième année, et de la sixième à la dixième qu'elle se manifeste principa-

lement. Ces assertions auraient besoin d'être confirmées par de nouveaux faits.

Une *constitution* faible, le *tempérament lymphatique*, une *alimentation* mauvaise et insuffisante, une *habitation* froide, humide, mal aérée, ont encore été citées comme causes de la maladie. Rien n'est plus admissible ; mais il serait à désirer que des faits nombreux et bien analysés vinssent lever tous les doutes à cet égard.

Enfin, comme *causes occasionnelles*, on a signalé le *défaut de propreté* et de soins de toute espèce.

Symptômes. Il serait impossible de trouver une description des symptômes plus détaillée que celle qu'a présentée M. Richter, et les observations nous manquent pour en tracer une autre d'après les faits. Je vais donc, à l'exemple de MM. Rilliet et Barthez, emprunter à ce médecin le passage suivant :

« Après qu'à la suite d'autres maladies, l'enfant est tombé dans un affaiblissement général, il se trouve pris, après un temps plus ou moins long, d'*abattement*, de *céphalalgie*, de *nausées*, d'*anorexie*, et, dans les cas où les enfans sont d'une constitution très-délicate, même d'un léger *mouvement fébrile*. Ces accidens sont bientôt suivis d'une *douleur brûlante* aux parties génitales, et de l'apparition, à la face interne des grandes lèvres et aux nymphes, d'une *tache* circonscrite et d'une couleur rouge pâle, ainsi que de la formation d'un *engorgement* très-dur qui envahit toutes les parties voisines, jusqu'au mont de Vénus. L'*écoulement des urines* devient douloureux, et la douleur continuelle qui en résulte excite les malades à se gratter, et quelque-

fois celles d'entre elles qui sont plus âgées, à se livrer à la masturbation.

« Après deux ou trois jours, les parois internes des grandes lèvres et les tissus environnans prennent une *teinte grise*, *cendrée;* ces taches sont circonscrites et limitées par un *cercle rouge;* toutes les parties voisines se tuméfient, deviennent d'un rouge pâle, et leur température s'élève de plus en plus.

« Dans les cas où l'on ne parvient pas à enrayer la marche de la maladie, *la couleur grise des taches se change en noir*, et la gangrène s'étend d'un côté au périnée et à l'anus, et de l'autre jusqu'à la commissure supérieure de la vulve. L'excrétion de l'urine devient de plus en plus difficile, ou *se supprime* même entièrement.

« Le *pouls* est petit et fréquent; les traits de la *face* se rétrécissent; la *diarrhée colliquative* se manifeste, et les enfans *succombent subitement* après que l'état d'épuisement a atteint son plus haut degré, et souvent *sans qu'aucun trouble survienne dans les fonctions intellectuelles.*

« Il s'établit quelquefois une sécrétion d'une *sanie putride* et *fétide* qui couvre les parties voisines; dans d'autres cas, l'*escharre se durcit* et est arrachée par lambeaux par les malades.

« Mais quand on réussit à arrêter la destruction, comme j'ai eu l'occasion de l'observer, il se forme sur le cercle rouge une ligne de démarcation, l'inflammation augmente tout autour d'elle, l'escharre rétrécit, et sa *séparation* s'opère à l'aide de la sécrétion d'un *pus* qui devient de plus en plus louable.

« Cette élimination terminée, la vulve qui, tout à l'heure encore, était gonflée et tendue, présente

une *excavation* en forme d'entonnoir, correspondante à la perte de substance qui a lieu par la destruction de la paroi interne des grandes lèvres, des nymphes, et même de l'orifice du vagin.

« Au fur et à mesure cependant que les portions sphacélées se détachent, la tuméfaction s'affaisse, et l'excavation perd, dans la même proportion, en étendue et en profondeur. C'est alors qu'on observe avec étonnement la rapidité avec laquelle les tissus détruits sont *complétement remplacés*, en partie par granulation, et en partie par la contraction des tissus environnans.

« La *cicatrisation* marche rapidement, comme pour le *cancer aqueux*, et sans qu'il y ait difformité considérable. Je n'ai jamais vu l'adhérence des parois du vagin entre elles être la suite de cette affection, bien que l'hymen fût détruit; cet accident ne doit pourtant pas être impossible. Underwood dit avoir vu chez des filles plus âgées une *blennorrhagie* copieuse qui persista longtemps. »

Je répète qu'il est impossible de s'assurer par l'analyse de faits suffisamment nombreux, si tous les traits de cette description sont exacts; ils ont paru tels à MM. Rilliet et Barthez (*loc. cit.*, p. 196).

Il est probable, ainsi que le fait remarquer M. Velpeau (*loc. cit.*), que maintes fois la *vulvite pseudomembraneuse*, précédemment décrite, a été prise pour une véritable gangrène; mais un pareil reproche ne peut être adressé au docteur Richter, car la description qu'on vient de lire ne saurait se rapporter qu'à une gangrène bien caractérisée. Aussi pouvons-nous ajouter au *diagnostic* présenté dans l'article qui précède, la couleur noire que prennent

les taches, la dureté des tissus, le desséchement des portions gangrénées, dans quelques cas, et enfin la perte de substance qui succède à la chute des escharres, signes qui appartiennent exclusivement à la gangrène. Ce diagnostic peut, par conséquent, être résumé de la manière suivante :

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

Signes distinctifs de la vulvite pseudo-membraneuse et de la vulvite gangréneuse.

VULVITE GANGRÉNEUSE.	VULVITE PSEUDO-MEMBRANEUSE.
Taches grises, s'étendant rapidement aux tissus environnans ; *prenant*, au bout de quelques jours, une *teinte noire*.	*Ilots* pseudo-membraneux, blanchâtres, grisâtres, *ne prenant pas la teinte noire*.
Tuméfaction *considérable ; dureté* des tissus envahis.	Tuméfaction peu *considérable* ; tissus envahis *mous* ou peu résistans.
Les tissus sphacélés, lorsqu'ils se détachent, ne *sont pas remplacés par d'autres couches altérées*.	Souvent, chute de lambeaux pseudo-membraneux, *remplacés par d'autres couches*.
La tache gangréneuse *se dessèche parfois*.	Les taches ne se *dessèchent pas*.
Après la chute des escharres, *perte considérable de substance*.	Après la chute des pseudo-membranes, *pas de perte de substance* appréciable.

Pronostic. La gravité du pronostic, qui est fort grande, tient moins à la lésion elle-même qu'à la cause qui l'a produite et à l'état général dans lequel se trouve la malade. Il suffit de se rappeler les causes dont nous avons signalé l'existence, pour être convaincu de l'exactitude de cette proposition.

Traitement. La plupart des moyens indiqués à l'article *Stomatite gangréneuse* sont applicables à la gangrène de la vulve. C'est ainsi qu'on a recommandé le *chlorure de chaux* en poudre; la cautérisation avec le *nitrate d'argent*, au début de la maladie; l'emploi de caustiques plus puissans, comme

la *potasse*, le *chlorure d'antimoine* : « Mais, dit M. Velpeau, le *fer rouge* est infiniment préférable. C'est le cas ou jamais, ajoute-t-il, de ne point tergiverser, de mettre toute autre considération de côté; c'est une question de vie ou de mort pour l'enfant.

« Ainsi donc, avec un cautère rougi à blanc, porté tout autour de la plaque gangrénée, entre le mort et le vif, on brûle profondément tout ce qui se rencontre, de manière à cerner profondément la gangrène. Avec un pareil remède, plus effrayant que douloureux ou dangereux au fond, le mal s'arrête presque constamment et dès le jour même. On n'a plus dès lors à traiter qu'une véritable brûlure, qui, après l'élimination des escharres, se déterge, se modifie, et se cicatrise sous l'influence des topiques appropriés et connus.

« Les linges et la charpie imbibés d'acide nitrique étendu, pas plus que les autres acides, soit minéraux, soit végétaux, ne doivent être essayés ici, excepté dans les cas tout à fait légers. Il y a trop de danger à temporiser pour ne pas en venir sur-le-champ au seul remède efficace, au fer rouge.

« Quant à l'espèce de suppuration de la surface de la vulve, qui précède quelquefois la gangrène, et qui, après tout, en est peut-être toujours indépendante, on en triomphe facilement et très-vite chez les petites filles, à l'aide d'un des topiques suivans :

« ℞ Calomel à la vapeur.................. 4 grammes.
Eau de guimauve...................... 120 grammes.

« M. Pour lotions.

« Ou bien :

« ℞ Calomel........................ 2 à 4 grammes.
Axonge récente........................ 30 grammes.

« M. Pour onctions. »

J'ai à peine besoin de faire remarquer que ce traitement ne peut avoir une efficacité réelle que dans les cas où l'état général s'est amendé soit spontanément, soit sous l'influence des moyens thérapeutiques mis en usage. Lorsque, par exemple, la maladie se montre dans le cours d'une fièvre éruptive, d'une fièvre typhoïde, etc., on doit, sans aucun doute, s'occuper activement du mal local qui peut ajouter à la gravité de la maladie générale; mais tant que celle-ci reste en vigueur, on doit redouter les progrès d'une affection dont la cause est toujours persistante.

Ce n'est, au reste, que d'une manière très-générale, et par conséquent assez vague, que la gangrène de la vulve a été étudiée, et tout le monde sentira combien il serait à désirer qu'on fît pour cette maladie en particulier le travail entrepris par M. Taupin sur la gangrène de la bouche. (*Voy.* t. III, *Stomatite gangréneuse.*)

ARTICLE V.

NÉVRALGIE DE LA VULVE.

Plusieurs auteurs ont signalé une douleur très-vive de la vulve existant sans qu'aucune lésion apparente en rende compte, et, dans ces dernières années, on a attribué cet état douloureux à une névralgie. L'absence de toute lésion, la vivacité des douleurs, leurs paroxysmes, ne permettent pas, en effet, de

douter que l'affection ne soit de nature névralgique; mais ce qu'il serait important de savoir, c'est si la vulve seule est affectée, ou si la douleur a sa source plus haut, c'est-à-dire dans les nerfs lombaires, ce qui rejetterait la description de cette maladie dans celle de la *névralgie lombo-abdominale.* Dans mon *Traité des Névralgies* j'ai cité un fait (obs. 44, p. 459) dans lequel il ne pouvait y avoir aucun doute sur ce point, et depuis lors j'en ai vu plusieurs semblables. Il est fâcheux que les auteurs n'aient pas fixé leur attention sur ce point et ne nous aient pas fourni des documens précis pour résoudre la question.

Ce n'est pas qu'il répugne le moins du monde d'admettre qu'une douleur névralgique puisse être bornée à la vulve; on a vu des névralgies occuper une très-petite partie d'une branche nerveuse, être bornées au nerf plantaire, par exemple, et l'on conçoit dès lors que les parties génitales externes puissent être exclusivement affectées; mais, dans l'ouvrage que je viens de citer, j'ai établi, d'après les faits, que les cas de névralgie ainsi bornée à une très-petite étendue d'un nerf, sont beaucoup plus rares qu'on ne le pense généralement, ce qui tient, sans aucun doute, à ce que l'on n'a pas fait remonter l'exploration jusqu'aux troncs nerveux, en sorte qu'il se pourrait bien que, dans beaucoup de cas, on eût pris pour une névralgie limitée à la vulve une affection de la même nature occupant plusieurs points du nerf ilio-scrotal, et même d'autres branches des nerfs lombaires. Voici néanmoins la description de cette douleur telle qu'elle a été donnée par les principaux auteurs :

Causes. Outre les causes dont l'influence se fait sentir sur la production des névralgies en général,

on a remarqué que celle dont il s'agit ici se montre principalement chez les jeunes filles au moment où elles deviennent nubiles, chez les jeunes femmes avant le premier accouchement, et chez les femmes qui viennent de passer l'âge critique. On a signalé comme pouvant la faire naître diverses altérations de l'utérus et de ses annexes, et enfin on a été forcé de convenir que, dans beaucoup de cas, la maladie s'est produite sans cause appréciable.

Symptômes. L'affection consiste presque exclusivement dans la *douleur.* Cette douleur est *spontanée* ou *provoquée.* La première est la moins notable, ou du moins elle a trop peu fixé l'attention des auteurs pour qu'ils en aient fait une mention spéciale; elle consiste en douleurs *lancinantes*, en une *cuisson*, un *sentiment de brûlure* paraissant à des intervalles variables, et s'irradiant de la vulve dans des directions qui n'ont pas été déterminées, ce qui est fâcheux par les raisons indiquées plus haut, puisque ce renseignement aurait servi à préciser le siége, ou plutôt la source de la maladie.

Il n'en est pas de même de la *douleur provoquée;* elle est ordinairement extrêmement vive, et c'est elle qui occasionne particulièrement les plaintes des malades. Le *toucher* l'excite au plus haut point. L'introduction de la canule d'une seringue produit le même effet, et bien plus encore le *coït* qui, à un certain degré de la maladie, est impossible. Comme dans un certain nombre de cas de névralgie dont il sera question dans un autre article, la douleur est souvent si superficielle qu'il suffit de promener le doigt sur le point affecté, ou même sur les poils qui couvrent la face externe des grandes lèvres pour cau-

ser de vives souffrances. C'est exactement ce qui avait lieu dans le cas que j'ai mentionné plus haut, et où la névralgie avait sa source dans les nerfs lombaires. Il est bien fâcheux que les auteurs ne nous aient pas appris si, dans les cas qu'ils ont observés, la douleur occupait les deux côtés ou un seul. Ce renseignement eût encore été utile; car on sait que les névralgies ordinaires occupent plus souvent un seul côté que les deux à-la-fois.

Souvent, comme je l'ai dit plus haut, la partie affectée ne présente aucune lésion apparente; mais, suivant M. Velpeau, il est loin d'être rare de la voir coïncider avec une rougeur légère, une teinte rose évidemment pathologique, et s'accompagner d'une légère exsudation blanchâtre du vagin. Quel est le rapport de cause à effet qui existe entre cette légère irritation de la vulve et la douleur si vive dont nous venons de parler? C'est ce qu'il est difficile de dire dans l'état actuel de la science. Cependant, si nous nous rappelons ce qui a lieu dans les autres névralgies, il nous est permis de croire que ce n'est pas l'irritation qui donne naissance à la douleur nerveuse; mais que celle-ci, au contraire, est la cause première de la rougeur et du léger suintement dont il vient d'être question. Que l'on examine, par exemple, ce qui se passe dans certains cas de *névralgie trifaciale*, on verra que d'abord la douleur se produit sans aucune altération des fosses nasales, de la bouche ou des yeux; puis la névralgie augmentant d'intensité, l'œil devient rouge et larmoyant, il y a ardeur de la fosse nasale du côté malade, écoulement de mucosités, chaleur de la bouche, léger ptyalisme et même tuméfaction de la joue; et ce qui prouve

bien que tout cela est sous la dépendance de la douleur nerveuse, c'est que, l'accès passé, toutes ces irritations locales se dissipent immédiatement après la disparition de la douleur. On conçoit donc facilement que pareille chose puisse se passer du côté de la vulve. C'est un sujet de recherches qui ne manque pas d'intérêt.

Traitement. Je ne parlerai pas des cas où la douleur nerveuse de la vulve est la conséquence d'une névralgie dont on trouve d'autres traces dans les nerfs lombaires; il en sera question dans l'histoire de la névralgie *lombo-abdominale*. Je dois ici admettre l'existence de cette douleur isolée qui est, comme je l'ai dit, tout à fait admissible, qui se rapproche des *dermalgies partielles* dont je parlerai plus tard, et indiquer les moyens qu'on lui a opposés avec succès. C'est encore à M. Velpeau qu'il convient d'emprunter l'exposé de ce traitement, qu'il nous a donné en ces termes :

« La névrose ou névralgie de la vulve cède souvent, dit-il, aux mêmes moyens que le *prurit* et l'*eczéma*. (J'indiquerai ces moyens dans les articles consacrés à ces affections.) Quand elle résiste et que les *antispasmodiques* ou même les *opiacés* donnés à l'intérieur ont échoué, j'ai retiré de véritables avantages de l'*introduction dans le vagin de mèches enduites de corps gras*. Ces mèches, qu'on rend de plus en plus volumineuses, qu'on enduit d'abord de *cérat opiacé*, ensuite de *cérat saturné*, puis de *pommade au précipité*, introduites à l'aide du porte-mèche ordinaire, doivent être renouvelées deux fois le jour. On leur associe en outre des *injections* et des *lotions* d'abord *émollientes* et

narcotiques, ensuite *détersives*, et enfin avec le *calomel étendu d'eau*, ou une solution très-légère de *sublimé* (*voy. Prurit de la Vulve*). Après s'être récriées d'abord avec vivacité contre ce traitement, les femmes s'y accoutument bientôt, si le chirurgien ne se laisse pas arrêter par leur frayeur préconçue. La sensibilité de toutes les parties ne tarde pas alors à se modérer, à s'éteindre même, à rendre possibles les approches conjugales, à donner aux malades une telle hardiesse, qu'elles finissent bientôt par se croire tout à fait guéries. On modifierait encore cette sensibilité excessive en touchant les parties qui en sont le siége avec le *crayon d'azotate d'argent*, ou bien en les lotionnant avec une *solution un peu forte de la même substance*; mais ce moyen pouvant amener une inflammation assez vive, ne doit être employé qu'à la fin. »

Le principal moyen conseillé par M. Velpeau ne saurait convenir dans les cas où la membrane hymen est encore intacte. Or, si nous avons égard à ce qui se passe dans les cas de dermalgie ordinaires, nous serons portés à admettre que l'application du *vésicatoire* sur la grande lèvre même pourrait, en pareil cas, avoir de grands avantages; et quant aux inconvéniens de ce moyen appliqué dans un pareil point, ils ne sauraient être une contre-indication réelle lorsque la douleur est très-vive, ce qui est le cas le plus fréquent.

ARTICLE VI.

PRURIT DE LA VULVE.

Voici encore une affection sur laquelle nous n'avons que des documens très-peu précis. C'est une

simple indisposition qui n'a pas fixé l'attention des auteurs. On comprend que je ne veux parler que du prurit de la vulve, sans lésion appréciable, dont quelques auteurs, et notamment M. Velpeau, disent avoir vu plusieurs cas; car pour celui qui est dû a un eczéma, à un prurigo, à une autre affection cutanée, ou bien à la présence d'oxyures dans la vulve; c'est ailleurs qu'il doit en être ou qu'il en a été question. Voici ce que nous apprennent les auteurs sur ce sujet :

On ne sait rien de positif sur les *causes* de ce prurit qu'on peut appeler *essentiel*, en supposant que des recherches plus exactes ne viennent faire découvrir quelque légère altération des parties qui jusqu'à présent a échappé à l'investigation.

Toute l'affection consiste dans un seul *symptôme*, le *prurit*, dont l'intensité varie d'un moment à l'autre, et qui, parfois très-léger, devient tout à coup si vif que les femmes qui en sont atteintes ont toutes les peines du monde à s'empêcher de se gratter, de se frotter, et que même elles ne peuvent parfois y résister.

Cette démangeaison excite ordinairement les désirs vénériens et provoque des attouchemens qui ont été fréquemment l'origine d'habitudes vicieuses. M. Velpeau cite même la *nymphomanie* comme étant la conséquence de ce symptôme incommode. Fréquemment la démangeaison empêche le sommeil la nuit, et il peut en résulter un état marqué d'irritation générale; si on examine la partie malade, on n'y apperçoit, comme nous l'avons dit plus haut, aucune altération, mais il faut répéter ici que rien ne prouve que l'examen ait été fait avec toute l'attention nécessaire.

Traitement. La maladie étant tout à fait locale, c'est par des topiques qu'on cherche à la faire disparaître; on prescrit, par exemple, des *lotions alumineuses* d'après la formule suivante :

♃ Eau d'orge		500 grammes.
Alun		4 grammes.

M. Pour lotions, trois ou quatre fois par jour.

Le *sous-borate de soude* a été encore conseillé ; il s'emploie de la même manière, et dans la proportion suivante :

♃ Borate de soude	de 4 à	8 grammes.
Eau commune		30 grammes.

M.

On peut encore prescrire les lotions avec l'*eau de chaux*, ou bien avec le *chlorure de chaux*, ainsi qu'il suit :

♃ Chlorure de chaux	de 0,20 à	0,30 grammes.
Eau commune	30	grammes.

Dissolvez.

Le *chlorure de soude*, les *sels de potasse*, et en particulier le *sous-carbonate*, s'emploient de la même manière, dans des proportions que tout le monde connaît.

Reste une application topique qu'il importe de mentionner, parce qu'on en a beaucoup vanté l'efficacité : c'est la *solution de sublimé corrosif.* Voici comment M. Trousseau (*Traité de Thérapeutique*, t. Ier, p. 252) conseille d'employer ce médicament: « On prépare, dit-il, une solution de 10 grammes de

bichlorure de mercure dans 100 grammes d'*alcool;* la malade en met *une cuillerée à café dans un litre d'eau très-chaude,* que l'on emploie pour les *injections* et les *lotions.* Nous insistons souvent sur la nécessité de prendre de l'eau chaude, et ce n'est pas sans motifs: il est en effet remarquable que les lotions de sublimé agissent beaucoup moins efficacement lorsque l'eau est froide que lorsque la température de la solution est très-élevée, et même il n'est pas rare de voir la médication tout à fait impuissante tant que l'on se sert d'eau froide. »

Enfin on a recommandé les *bains froids* et les *bains de mer*, et suivant M. Velpeau, si le mal résistait aux topiques qui viennent d'être indiqués, il y aurait lieu de toucher superficiellement toutes les surfaces malades avec le *crayon de nitrate d'argent ;* mais, ajoute-t-il, sans être très-violent, ce moyen doit être cependant réservé pour les seuls cas fatigans et rebelles qui tourmentent longtemps les femmes.

Je n'insisterai pas davantage sur les affections de la vulve, qui, ainsi qu'on vient de le voir, ont été très-superficiellement étudiées au point de vue de la pathologie interne, et dont cependant il fallait parler avec quelques détails, parce qu'elles se présentent fréquemment aux praticiens qui pourraient se trouver embarrassés en leur présence. Je vais maintenant dire quelques mots de certaines *affections du vagin*, et je me hâterai d'arriver ensuite aux maladies de l'utérus, bien autrement importantes.

CHAPITRE II.

Maladies du vagin.

Si l'on excepte la *blennorrhagie* et les *ulcères primitifs* ou *chancres* du vagin, dont j'ai parlé dans les articles précédens, il ne reste que bien peu d'affections qui soient du domaine de la pathologie interne. Aussi n'aurai-je à dire quelques mots ici que de la *vaginite simple* et de la *vaginite granuleuse,* affections d'une importance secondaire et qui ne sauraient nous arrêter longtemps. Mais avant d'aborder la description de ces états morbides, je dois présenter quelques considérations sur cette seconde forme de la vaginite, dont on ne s'est occupé spécialement que dans ces derniers temps.

Cette circonstance de l'apparition de granulations plus ou moins nombreuses et plus ou moins volumineuses sur la muqueuse vaginale, doit elle nous faire regarder l'inflammation du vagin qui se montre avec ces caractères, comme une affection tout à fait à part, ou ne faut-il la considérer que comme une forme anatomique de la vaginite chronique? C'est cette dernière manière de voir qui me paraît devoir être adoptée, et je ne crois pas que M. Deville (*de la vaginite granuleuse;* Arch. gén. de Méd.; juillet et août 1844), qui a traité ce sujet avec les plus grands détails, dans un Mémoire d'un intérêt réel, soit d'une autre opinion. Il n'y a, en effet, dans cette affection, que deux circonstances remarquables: c'est d'abord sa forme granuleuse, et en second lieu son existence bien plus fréquemment constatée

chez les femmes enceintes que chez les autres. Si d'autres particularités ne sont pas signalées par les recherches ultérieures, on ne saurait, ce me semble, faire de cette inflammation une maladie spéciale.

ARTICLE Ier.

HÉMORRHAGIE DU VAGIN.

Quelques faits, dont les principaux sont rapportés par M. Gendrin (*Traité phil. de Méd. prat.*, t. II, p. 10) et par Dugès et Mme Boivin (*Trait. des Mal. de l'Utérus*, etc., t. II, p. 627), prouvent qu'une quantité assez notable de sang peut suinter à la surface du vagin; mais ces hémorrhagies ne sont pas assez abondantes pour faire craindre pour les jours de la malade. On conçoit néanmoins que cette abondance puisse considérablement augmenter, et rendre la maladie sérieuse. Il faut être par conséquent prévenu de sa possibilité.

Dans le cas rapporté par Dugès et Mme Boivin, et emprunté à Mme Lachapelle, l'écoulement de sang était accompagné d'une douleur assez vive, mais ce n'est pas le cas le plus ordinaire.

On pourrait confondre cette hémorrhagie avec une hématurie, parce que le sang se trouve mêlé aux urines; mais si l'on introduit une sonde dans la vessie, on voit celles-ci sortir claires, ce qui dissipe l'erreur. En outre, on reconnaît la source du sang en employant le spéculum, et en examinant le vagin immédiatement après l'avoir nettoyé à l'aide d'une injection. C'est à sa partie supérieure que se fait ordinairement le suintement. Dans les

cas cités par M. Gendrin, l'hémorrhagie vaginale coïncidait avec un écoulement de sang par l'utérus, et l'on voyait ce liquide sourdre à la fois de toute la surface du museau de tanche et de la partie supérieure du vagin.

Si la perte de sang était assez abondante ou d'assez longue durée pour causer des inquiétudes, il faudrait diriger contre elle les moyens que j'ai indiqués à propos des autres hémorrhagies, et principalement de l'*épistaxis* (*voy.* t. I[er]); car le traitement de l'hémorrhagie vaginale ne présente rien de particulier. On mettrait surtout en usage les *injections froides et astringentes*, et l'on aurait recours, s'il le fallait, au *tamponnement*, dont l'application, en pareil cas, serait nécessairement des plus faciles et des plus efficaces. Ces considérations suffisent pour une maladie si rare, et présentant si peu de particularités.

ARTICLE II.

VAGINITE AIGUË SIMPLE.

D'après tout ce que j'ai dit à l'article *Blennorrhagie chez la femme*, il est évident que je n'ai pas à entrer dans de grands détails sur la vaginite simple. Si, en effet, il est démontré pour tous les observateurs que rien dans les lésions, dans les symptômes, dans la marche de la maladie, ne peut faire distinguer une vaginite vénérienne d'une vaginite simple, il ne reste plus qu'à dire quelques mots des *causes* qui peuvent produire cette dernière, causes dont la connaissance peut seule servir de base au jugement du médecin.

Les *causes* sont toutes les irritations violentes ou

de longue durée qui portent leur action sur le vagin. Or, comme il est rare que des causes de cette nature agissent avec un suffisant degré d'intensité sur les parois du vagin, il en résulte que la vaginite simple aiguë, la vaginite non vénérienne, est une affection très-rare, beaucoup plus rare que la vulvite de même nature, par la raison que la vulve est presque uniquement exposée aux violences, et que dans les cas même où l'action se porte sur le vagin, celui-ci, plus extensible, leur échappe plus facilement. De toutes les irritations produites sur le vagin, il n'en est pas qui donnent plus fréquemment lieu à une vaginite de quelque intensité, que l'introduction des *pessaires*, et surtout le long séjour de ces corps étrangers dans le conduit. Il serait inutile d'insister plus longtemps sur ces faits si connus.

Les *symptômes*, je le répète, sont les mêmes que ceux de la blennorrhagie; seulement on admet généralement que, toutes choses égales d'ailleurs, ils sont moins violens, et que la maladie a une *durée* moins longue.

Il est également admis que l'affection cède plus facilement aux moyens simples, comme les *émolliens*, les *bains*, et un *régime doux ;* cependant c'est encore là un sujet de recherches qui ne doit pas être négligé. Du reste, les moyens mis en usage, lorsque l'affection a une certaine intensité, sont les mêmes que ceux qu'on oppose à la blennorrhagie.

ARTICLE III.

VAGINITE CHRONIQUE.

Je n'ai rien à dire de particulier de la *vaginite*

chronique simple; aussi ne m'y arrêterai-je pas, et je vais passer immédiatement à l'histoire de la vaginite granuleuse, qui, ainsi que je le disais tout à l'heure, présente quelques particularités intéressantes.

Vaginite granuleuse. Déjà M. Ricord avait signalé sous le nom de *psorélytrie* (*voy.* l'article *Blennorrhagie chez la femme*) l'existence de granulations sur les parois du vagin dans le cours de la blennorrhagie. MM. Blatin et Nivet en ont également fait mention; mais ce n'étaient là que des indications assez vagues. M. Deville (*loc. cit.*) a au contraire tracé d'une manière complète la description de cette forme de vaginite chronique, dont voici les principaux traits d'après cet auteur :

Définition. « Nous donnons, dit M. Deville, le nom de *vaginite granuleuse* à une maladie du vagin de forme essentiellement chronique, se montrant principalement chez les femmes enceintes, mais pouvant exister chez d'autres femmes; caractérisée par le développement sur le vagin de granulations rouges, en général assez volumineuses, indolentes, tantôt éparses et isolées, tantôt, et presque toujours, confluentes, occupant soit une partie limitée, soit la totalité du vagin, depuis les caroncules myrtiformes jusqu'au col utérin, qu'elles envahissent même parfois; accompagnée d'un écoulement vaginal purulent, abondant, plus ou moins verdâtre. Ces granulations paraissent identiques à celles qui existent assez souvent d'une manière isolée sur le col utérin, et nommées par Dugès et Mme Boivin *métrite* granuleuse; seulement, sur le vagin, elles acquièrent d'habitude plus de volume. »

J'ai cité cette définition, bien qu'elle soit un peu longue, parce qu'elle contient en abrégé une description à peu près complète de la maladie, et qu'après l'avoir présentée, il ne me restera qu'à examiner quelques points particuliers.

Causes. Elles sont très-obscures; tout ce que M. Deville a trouvé de plus précis, c'est que, d'après ses observations, les femmes enceintes en ont été affectées dans la proportion des deux tiers environ, et que, dans la plupart des cas du moins, l'affection n'avait rien de syphilitique.

Symptômes. La vaginite granuleuse est *indolente;* parfois seulement on observe quelques démangeaisons ou quelques cuissons; mais la facilité avec laquelle se dissipent ces symptômes sous l'influence du repos et des lotions simples prouve que si la marche, la fatigue, le défaut de soins de propreté suffisent pour les produire, on ne peut pas néanmoins les regarder comme appartenant en propre à la maladie.

L'*écoulement* ne manque jamais; la matière sécrétée est ordinairement abondante, mais son abondance varie notablement, suivant les cas. Elle n'est pas visqueuse; elle est assez épaisse, se rapprochant de la consistance crêmeuse, et d'une couleur jaune-verdâtre. Dans les cas où cette vaginite apparaît chez des femmes affectées déjà de flueurs blanches, cet aspect de l'écoulement en indique le début.

Si, à l'aide du *spéculum*, on examine le vagin, on voit, à sa surface, « de petites saillies rougeâtres ou d'un rouge vif, d'un diamètre qui varie entre un demi-millimètre et deux millimètres. Leur forme est le plus souvent celle d'une demi-sphère

adhérente par la base; mais quelquefois elles acquièrent un développement bien plus grand, elles s'allongent et prennent la forme de petits cylindres..... La vaginite présente alors le degré le plus élevé qu'elle puisse atteindre. » (Deville, *loc. cit.*)

Ces granulations sont ordinairement très-nombreuses dans tout le vagin; elles peuvent même envahir le col de l'utérus. Jamais M. Deville ne les a vues s'ulcérer.

On peut les sentir à l'aide du *toucher*. « Le doigt introduit dans le vagin glisse entre deux parois dures, rugueuses, chagrinées.... sensation qu'on n'éprouve que dans les cas de vaginite granuleuse. » (Deville, *ibid.*)

Marche; durée; terminaison. La maladie a une marche tellement chronique, que, s'il ne s'opérait pas dans l'écoulement des femmes affectées de flueurs blanches les changemens indiqués plus haut, elles ne s'apercevraient pas de son apparition.

La *durée* de la maladie est, dans quelques cas, limitée par l'accouchement lui-même; dans d'autres, l'accouchement ne fait pas disparaître la vaginite qui s'est développée sous l'influence de la grossesse, et dès lors la durée est illimitée.

Sauf les cas où l'accouchement vient mettre un terme à la maladie, on ne la voit pas disparaître spontanément; mais sous l'influence d'un traitement convenable, sa terminaison est promptement heureuse.

Diagnostic. Le diagnostic ne présente évidemment pas de difficultés sérieuses toutes les fois qu'il est permis de procéder à l'examen direct. Pourrait-on, d'après les caractères seuls de l'écoulement,

dire s'il s'agit d'une vaginite granuleuse, ou bien d'un catarrhe utérin, d'une vaginite simple, en un mot d'un des autres états décrits sous le nom générique d'*écoulemens*, de *flueurs blanches*, de *leucorrhée?* Je ne le pense pas. M. Deville, il est vrai, a signalé les diverses nuances de ces écoulemens, mais c'est en examinant les femmes à l'aide du spéculum qu'il les a constatées, et, en pareil cas, l'existence des granulations suffit pour déterminer le diagnostic, qui n'aurait de valeur réelle que tout autant qu'il pourrait être porté sans cet examen direct, et c'est dans les circonstances de ce genre qu'il ne me paraît pas possible.

Pronostic. Le pronostic n'est pas grave, en ce sens que la maladie peut ne pas altérer sensiblement la santé générale, et qu'elle cède facilement au traitement. Mais si l'écoulement est abondant, s'il persévère, il peut en résulter certains symptômes gastriques que je ferai connaître à l'article *Leucorrhée;* symptômes qui peuvent devenir très-sérieux, parce que la maladie n'ayant pas de tendance à guérir spontanément, est une cause permanente de troubles digestifs.

Pour les auteurs qui pensent que la vaginite la plus simple peut communiquer une blennorrhagie, il n'est pas douteux que celle dont il s'agit ici puisse donner lieu au même résultat, et c'est ce qu'on trouve formellement exprimé dans le Mémoire de M. Deville, mais le fait n'est nullement démontré. Il serait nécessaire, pour qu'on pût se prononcer à cet égard, qu'on citât des observations, et encore faudrait-il distinguer. La vaginite granuleuse succède parfois à une véritable blennorrhagie, ou plutôt

n'est autre chose que cette blennorrhagie passée à l'état chronique; nul doute qu'en pareil cas la contagion n'ait lieu; mais en serait-il de même dans ceux où il serait bien prouvé que cette vaginite s'est développée spontanément? C'est ce dont il est permis de douter.

On ne sait pas quel est le *siége anatomique* précis des granulations qui forment le principal caractère de cette affection. M. Deville a rassemblé plusieurs argumens qui tendent à prouver que ces granulations n'occupent pas les follicules.

Traitement. Les moyens à opposer à cette affection ne diffèrent pas de ceux qu'on emploie dans la *blennorrhée* chez la femme. Les injections avec une *solution de nitrate d'argent* ont parfaitement réussi dans tous les cas rapportés par M. Deville. Voici, d'après lui, comment on doit les pratiquer :

℞ Nitrate d'argent cristallisé...........	0,05	grammes.
Eau distillée..........................	30	grammes.

Diss.

« Pour pratiquer une injection, les malades se tiennent tout simplement assises ou accroupies, et commencent par faire dans toute la hauteur du vagin une *injection d'eau tiède*, pour chasser, autant que possible, la matière de l'écoulement; puis elles injectent successivement deux seringues habituelles à injections vaginales, remplies avec la solution froide de nitrate d'argent. La seringue, tout le monde le sait, doit être en verre. »

Ces injections sont pratiquées matin et soir. De plus, les malades prennent un *bain* entier tous les quatre jours environ, et fréquemment des *bains*

de siége. On leur recommande la plus grande propreté, et on leur prescrit un *régime substantiel*, mais non excitant.

APPENDICE.

LEUCORRHÉE.

De toutes les affections de l'appareil génital chez la femme, il n'en est aucune qui présente plus de difficultés à décrire avec précision que la leucorrhée. Cette proposition, dont l'exactitude sera démontrée dans le cours de cet article, eût assurément paru fort singulière avant ces vingt dernières années, où une exploration directe, faite avec soin, et les progrès du diagnostic qui en ont été le résultat nécessaire, sont venus nous apprendre à distinguer des états pathologiques jusque là confondus. Sous le nom de *leucorrhée*, on comprenait autrefois les divers écoulemens blancs qui se montrent chez les femmes; aussi avait-on une *leucorrhée aiguë* (vaginite aiguë; blennorrhagie; flux muqueux dus aux ulcères primitifs; vulvite, etc.); une *leucorrhée chronique* (flux muqueux sans lésion appréciable, ou leucorrhée proprement dite; blennorrhée; vaginite chronique; flux accompagnant les ulcérations de l'utérus, etc.); une *leucorrhée* par irritation locale (vaginite, vulvite dues aux violences, au séjour de corps étrangers, etc.); une *leucorrhée sympathique* (due à la dentition, etc.); une *leucorrhée métastatique*, une *leucorrhée critique;* et enfin, suivant quelques auteurs qui tenaient compte de la cause spécifique, une *leucorrhée syphilitique*.

Il suffit d'un simple coup d'œil jeté sur cette division pour voir combien d'élémens hétérogènes elle renferme. Il y a là huit ou dix maladies distinctes, liées par un seul signe commun, l'écoulement. C'est ce qui était arrivé pour les *maladies de poitrine*, par exemple, dans lesquelles la dyspnée était considérée comme une maladie que les recherches modernes ont reléguée parmi les simples symptômes, au grand profit de la science, ou mieux encore, c'est ainsi qu'on comprenait la *phthisie*, dénomination appliquée à un grand nombre d'affections chroniques, et que les progrès de la pathologie ont exclusivement réservée aux tubercules pulmonaires.

Ce qui a été si utile pour les affections de poitrine et pour beaucoup d'autres que je pourrais citer, ne peut manquer de l'être pour les maladies du vagin et de l'utérus. Ce serait perdre tout le fruit des travaux modernes, que de vouloir encore conserver dans le cadre nosologique la leucorrhée telle qu'on l'entendait autrefois. Il faut absolument suivre une marche toute différente. Les écoulemens qui tiennent à des états pathologiques bien distincts, tels que ceux que nous avons déjà décrits et ceux que nous passerons en revue en exposant les affections de l'utérus, sont de simples symptômes qui font partie intégrante de ces maladies, et qui ne doivent pas en être séparés pour former une affection complexe impossible à analyser au point de vue de la symptomatologie et surtout de la thérapeutique.

Mais devons-nous, à l'exemple des auteurs du *Compendium*, rayer le mot de *leucorrhée* du cadre nosologique? N'y a-t-il aucun état morbide qui mé-

ne sont pas sans importance. Parmi les écrits publiés dans ces dernières années, il n'en est aucun qui ait autant de valeur que celui de M. Marc D'Espine, que j'ai déjà cité. Les questions litigieuses y sont parfaitement posées, et leur solution y est cherchée à l'aide de la méthode analytique et numérique, la seule qui conduise sûrement à la vérité.

§ Ier. — Définition; synonymie; fréquence.

Pour nous donc la leucorrhée est un écoulement de matière muqueuse, assez abondant pour incommoder les sujets, et sans altération appréciable des organes génitaux. On voit que non-seulement j'exclus tous les cas où l'on trouve une lésion soit purement inflammatoire, soit ulcéreuse, mais qu'encore je n'admets que les écoulemens muqueux. Si, en effet, l'écoulement est purulent ou muco-purulent, bien que la muqueuse vaginale et utérine ne présente pas même de la rougeur, il faut admettre l'existence d'une vaginite chronique; la maladie n'est plus alors une simple leucorrhée, car la formation du pus à la surface d'une muqueuse entraîne l'idée d'une inflammation. On voit tous les jours des écoulemens muco-purulens de l'urètre persister après la période inflammatoire intense, sans que l'inspection fasse découvrir les signes ordinaires de l'inflammation : chaleur, rougeur, tuméfaction; et l'on n'hésite pas à dire qu'il existe alors une blennorrhagie chronique, c'est-à-dire une inflammation chronique; il doit en être de même quand il s'agit des écoulemens vaginaux. Il est très-difficile, il est vrai, de dire où commence et où finit l'inflammation, et

surtout si, dans certains cas, la matière de l'écoulement contient ou ne contient pas une certaine proportion de pus. On conçoit, en effet, que le mucus, suivant la plus ou moins grande proportion des élémens qui le composent, ait dans son aspect plusieurs nuances difficiles à caractériser; mais si cette difficulté existe pour certains cas qui seront peut-être toujours douteux, il en est, comme on le verra plus loin, où les caractères sont très-tranchés, et ce n'est par conséquent pas une raison pour laisser subsister une confusion fâcheuse.

J'ai ajouté, dans cette définition, que l'écoulement doit être assez abondant pour incommoder les femmes; cette remarque, faite par M. Marc D'Espine (*loc. cit.*), paraîtra juste si l'on considère que la sécrétion du mucus est nécessaire pour lubrifier les parties, et que tant qu'elle ne dépasse pas certaines limites, il est impossible de dire que le sujet n'est plus dans des conditions normales.

Ces discussions, dans lesquelles je n'ai pas craint d'entrer, ne sauraient paraître oiseuses, car, dans ces questions dificiles, si on n'établit pas bien ce que l'on doit entendre par tels et tels états morbides, les descriptions ne consistent plus qu'en des affirmations plus ou moins contestables, et tout l'intérêt qui peut se rattacher à l'histoire de la maladie est nécessairement perdu.

Les dénominations sous lesquelles on a désigné la leucorrhée sont très-nombreuses, et il n'en pouvait être autrement. On l'a décrite sous les noms de *fluxio alba; fluxio vulvæ; profluvium muliebre; fluor albus; menorrhagia alba; menorrhæa; menstrua alba; blennorrhæa vaginæ; hysterorrhæa mu-*

cosa; fleurs, flueurs blanches; pertes blanches, etc.; les Anglais l'ont désignée sous le nom de *Whites*, et les Allemands sous celui de *Weisser Fluss*. On trouve dans ces dénominations plusieurs des idées qu'on s'est faites sur la nature de la maladie, alors que tant d'états pathologiques se trouvaient confondus.

Dans les idées anciennes, la leucorrhée devait nécessairement passer pour une des maladies les plus fréquentes, si ce n'est même pour la plus fréquente de toutes. On sait, en effet, combien est grand le nombre des femmes qui ont des écoulemens soit continus, soit intermittens, c'est-à-dire apparaissant à l'époque des règles. Mais si nous recherchons la *fréquence* de la leucorrhée telle que nous l'avons définie plus haut, nous voyons qu'elle devient infiniment moins considérable, et que chez les femmes qui ont des écoulemens divers confondus sous le nom de leucorrhée, c'est la minorité qui présente un flux de cette nature. J'indiquerai, en parlant des causes, quelle est la fréquence de la maladie suivant les diverses circonstances où les femmes se trouvent placées.

§ II. — Causes.

On comprend combien de causes différentes on a dû assigner à cette maladie si complexe dans l'ancienne manière de voir. Je ne saurais présenter ici que celles qui se rattachent spécialement à la leucorrhée telle que je l'ai définie, et, pour cela, le Mémoire de M. Marc D'Espine me sera de la plus grande utilité.

1°. *Causes prédisposantes.*

Age. J'ai dit, en parlant de la vaginite et de la vulvite, que l'on observait assez souvent chez des enfans très-jeunes et même chez des filles nouvellement nées, un écoulement plus ou moins épais et abondant; mais après avoir examiné les faits, j'ai cru devoir rattacher cet écoulement à la vaginite et surtout à la vulvite provoquée par diverses causes excitantes. Dans les observations recueillies par M. Brierre de Boismont (*De la Menstruat. considérée dans ses rapp. physiol. et pathol.*, Paris, 1822; chap. XIII : *Des flueurs blanches*, etc.), on voit que l'affection à laquelle il est permis de donner le nom de leucorrhée ne s'est pas montrée avant l'âge de huit ans, et c'est là un fait qui vient à l'appui de la distinction que j'ai établie plus haut.

Il n'est pas rare de voir la leucorrhée s'établir avant l'âge où commence la menstruation ; Blatin, MM. Marc D'Espine et Brierre de Boismont ont fait à ce sujet des relevés statistiques. D'après le premier, 15 femmes sur 135 seraient dans ce cas (1/9e); d'après le second, il y eut 26 femmes sur 53 (la moitié) qui furent affectées avant la première époque menstruelle, et dans les cas recueillis par M. Brierre de Boismont la proportion n'est que de *un peu plus du quart.* Ces chiffres sont si différens, qu'on ne peut pas en tirer de conclusion rigoureuse, et qu'il faut nécessairement faire appel à des recherches très-étendues. Ce qui, ainsi que le fait remarquer M. Marc D'Espine, est une cause inévitable de la variation des résultats obtenus, c'est que les observations n'ont pas été prises dans les mêmes lieux,

et que les influences auxquelles les femmes étaient sujettes se trouvaient par conséquent différentes. Peut-être aussi faut-il ajouter que dans des questions aussi difficiles, un peu plus ou un peu moins de précision et de sévérité dans l'interrogatoire doit avoir une grande influence sur le résultat.

Les mêmes motifs ont fait nécessairement varier les chiffres obtenus par ces trois auteurs dans leurs recherches sur l'apparition de la leucorrhée pendant et après la période menstruelle; ainsi, tandis que Blatin trouve que 106 femmes sur 135 (7/9e) ont vu apparaître la leucorrhée pendant la période limitée par la première menstruation et l'*âge critique*, M. D'Espine en trouve seulement 18 sur 53 (1/3e), et quant à M. Brierre de Boismont, il m'a été impossible de suivre ses chiffres, car il compte 248 femmes qui auraient vu paraître l'écoulement leucorrhéique après les règles, ce qui, joint aux 63 cas précédemment cités, et dans lesquels cet écoulement a précédé la menstruation, dépasse de beaucoup le nombre total de ses observations qui est de 273.

Je n'ai cité ces détails, qui ne peuvent, quant à présent, nous conduire à aucune conclusion positive, que pour montrer tout ce qui reste encore à faire sur ce sujet difficile, et combien on serait peu fondé à émettre une opinion d'après de simples impressions générales, lorsque des recherches rigoureuses ont eu un résultat si peu satisfaisant. On comprendra bien mieux encore la vérité de cette proposition lorsqu'on saura que les auteurs que je viens de citer n'ont, pas plus que leurs devanciers, tenu compte des distinctions que j'ai établies plus haut, quand j'ai voulu déterminer exactement ce

qu'on doit entendre par ce mot *leucorrhée*, et ont parlé indifféremment d'écoulemens chroniques, qui, d'après toutes les considérations dans lesquelles je suis entré, doivent être regardés comme de nature diverse.

Tempérament. Si l'on voulait s'en rapporter simplement à l'opinion générale, rien ne serait plus facile que de se prononcer sur l'influence du tempérament. C'est une croyance, en effet, presque universellement répandue que le tempérament lymphatique est la condition la plus favorable à l'apparition des flueurs blanches, et l'on trouve affirmé dans presque tous les auteurs que les femmes blondes, à peau blanche et fine, ayant une certaine bouffissure des tissus, sont de beaucoup les plus sujettes à cette affection; mais déjà nous avons vu dans l'histoire des *scrophules* (*Voy.* t. III) avec quelle réserve il faut accepter de semblables affirmations lorsqu'elles ne sont pas appuyées sur une analyse numérique des faits. Nous en trouvons ici une nouvelle preuve; Blatin (*loc. cit.*), qui avait senti la nécessité de s'appuyer sur cette base, n'a pas pu déterminer l'influence du tempérament, parce que, même dans les observations de ceux dont les opinions étaient le plus arrêtées, il n'a pas trouvé des documens suffisans sur ce point, et M. D'Espine analysant les faits, a vu que le plus grand nombre des femmes observées à Paris avaient les cheveux châtains et les yeux bleus, que d'autres avaient des nuances plus foncées, et que le nombre proportionnel de ces femmes était en rapport direct avec celui que présente la population tout entière, relativement aux attributs du tempérament. M. Brierre de Boismont se contente

de dire que les deux tiers des 63 jeunes filles leucorrhéiques avant la menstruation « étaient blondes, nées dans les villes ou à Paris, » et que « celles de la campagne étaient, en général, lymphatiques ou scrophuleuses ; mais, » ajoute-t-il, « il y en avait dans le nombre dont la constitution était forte. » Que conclure encore de ces faits ? rien encore évidemment. M. Brierre de Boismont n'est pas, malheureusement, entré dans d'assez grands détails, et M. D'Espine observait à l'hôpital des vénériens, où les conditions étaient peu favorables relativement au point qui nous occupe. C'est encore là un exemple de la difficulté de ces recherches, qu'on fait néanmoins très-souvent avec la plus grande légèreté.

Constitution. Même remarque à propos de la constitution. M. Marc D'Espine a vu prédominer la constitution robuste. L'opinion générale est, au contraire, que la constitution naturellement faible, ou débilitée par les maladies antérieures, est la plus sujette à la leucorrhée.

Climat. Le mémoire de M. Marc D'Espine (*loc. cit.*, p. 165) nous fournit un renseignement important sur l'influence du climat. Cet auteur a comparé sous ce rapport ses observations avec celles qui lui ont été communiquées par un observateur distingué, M. Girard de Marseille, et il a vu que le tiers seulement des femmes observées à Paris n'avaient jamais été sujettes aux flueurs blanches, tandis que les trois-quarts des femmes interrogées à Marseille se trouvaient dans cette condition. Il est à désirer que les recherches de ce genre se multiplient ; car tout ce que nous pourrions tirer de la lecture de presque tous les autres auteurs, c'est que les climats

froids et humides prédisposent à la leucorrhée, ce qui est le résultat d'une observation générale, mais ce qu'il serait utile de préciser à l'aide des faits; il ne serait pas, en effet, indifférent de connaître les nombres proportionnels.

Séjour dans les villes ou dans les campagnes. Le séjour dans les villes est universellement regardé comme favorable à la production des flueurs blanches, tandis que le séjour dans les campagnes serait presqu'un préservatif. M. Brierre de Boismont, qui a recueilli et analysé beaucoup de faits, a confirmé par ses observations la manière de voir générale. Il serait néanmoins à désirer que de nouveaux faits vinssent nous apprendre quelle est la part de chacune des causes qui dans le séjour des villes peuvent avoir leur degré d'influence; telles sont la *vie sédentaire;* les *passions tristes;* l'*abus du coït;* les *excès dans le régime,* etc., toutes circonstances signalées, mais sans preuves qui puissent satisfaire un esprit sévère.

Nous n'avons rien de précis sur l'influence de l'*alimentation habituelle;* tout ce qu'on a dit relativement à l'usage du lait, du thé, du café au lait surtout, etc., est fondé sur des appréciations vagues, qui pourraient bien n'être que des erreurs. Quelques auteurs, et entre autres, dans ces derniers temps, MM. Lagneau (*Dict. de Méd.*, article *Leucorrhée*) et Lisfranc (*Cliniq. chir. de l'hôpit. de la Pitié;* t. II, article *Leucorrhée*), disent, il est vrai, qu'on peut produire ou suspendre à volonté la leucorrhée, en faisant prendre du café au lait aux femmes, ou en leur interdisant cet aliment; mais ils n'ont pas donné les détails de ces expériences, et il existe

trop de causes d'erreur pour qu'on puisse admettre ces assertions comme des faits démontrés.

Les mêmes réflexions s'appliquent à l'*usage des vêtemens trop serrés* et surtout des *corsets*. On n'a pas réfléchi que si le séjour des villes a une influence réelle, il est tout naturel que les femmes qui portent les vêtemens dont il s'agit soient principalement affectées, puisque c'est dans les villes qu'on se vêtit généralement ainsi. Rien n'est moins logique que la manière dont ces questions sont étudiées par presque tous les auteurs.

Qui ne voit également qu'on ne peut arriver à reconnaître l'influence réelle de l'*hérédité*, si on n'a pas égard en même temps aux autres causes qui ont pu agir, et si on se contente de demander aux femmes si leur mère était affligée de la même indisposition. Aussi, ces précautions n'ayant pas été prises, n'avons-nous aucun renseignement précis sur ce point.

2°. *Causes occasionnelles.*

Si, comme je le pense, la définition que j'ai donnée plus haut doit être définitivement adoptée pour faire cesser toute confusion, nous n'avons guère à signaler de causes occasionnelles dont l'existence soit bien démontrée. Si, en effet, on examine celles qui ont été signalées par les auteurs, on voit qu'elles ont produit, non une véritable leucorrhée, mais une vaginite, un catarrhe utérin dans lesquels il existe un certain degré d'inflammation, et qui ne sont pas entièrement constitués par l'écoulement. Je ne citerai pour exemple que l'action des corps

étrangers, comme les pessaires, l'excitation répétée des organes génitaux, l'avortement, etc.

Parmi les causes occasionnelles dont il importe de dire un mot ici, il n'en est aucune qui mérite plus de fixer notre attention que l'*apparition des règles*. Des femmes affectées de leucorrhée, il en est bien peu qui ne voient les flueurs blanches augmenter un certain nombre de jours avant et après les règles, et il en est beaucoup qui n'ont leur écoulement muqueux qu'aux époques que je viens d'indiquer. M. Brierre de Boismont a noté que plus de la moitié des femmes chez lesquelles il a trouvé la leucorrhée établie après la première apparition des règles, étaient dans ce dernier cas. De nouvelles recherches sur un nombre très-considérable de faits sont sans doute nécessaires pour qu'on puisse connaître d'une manière précise la proportion réelle ; mais ce résultat, obtenu par M. Brierre de Boismont, prouve du moins que l'éruption des règles a une très-grande influence sur l'écoulement muqueux qui constitue la leucorrhée.

On a signalé des leucorrhées *supplémentaires* remplaçant divers flux sanguins ou autres, tels que les hémorrhoïdes, les règles elles-mêmes, les exutoires supprimés, etc. Il reste encore beaucoup de doutes sur l'exactitude de ces observations. Pour arriver à un résultat précis sur ce point, il faudrait les recherches les plus exactes et les plus nombreuses, et surtout il faudait cesser de confondre les inflammations chroniques avec le simple flux muqueux. Il est certain néanmoins que dans un bon nombre de cas on voit, après la suppression des règles, s'établir des flueurs blanches, qui deviennent

plus abondantes aux époques où les menstrues devraient apparaître, ce qui annonce une certaine congestion des organes génitaux.

Enfin on a parlé de *leucorrhées épidémiques.* On cite en particulier celles qu'ont fait connaître Morgagni et Bassius (*Obs. anat. - chir. - medic.;* Halle 1731); mais on se demande si, par suite de causes générales, et surtout des variations atmosphériques, il ne serait pas survenu, en pareil cas, un nombre considérable de vaginites, plutôt que de véritables leucorrhées. C'est ce qui eut sans doute lieu dans les circonstances suivantes, mentionnées par M. Troussel (*Des Écoul. part. aux femmes*; Paris 1842): « C'est ainsi, dit cet auteur, qu'à une certaine époque, à Paris, quand le pont des Arts fut achevé, il devint de mode d'en faire un lieu de promenade et de réunion; les dames vinrent s'y asseoir, comme dans nos jardins publics, après le coucher du soleil; aussi furent-elles atteintes par l'air frais et humide du fleuve, qui occasionna une espèce d'épidémie de leucorrhée. » J'ai cité cet exemple pour prouver combien il est nécessaire d'apporter dans le langage une plus grande précision qu'on ne l'a fait jusqu'ici, et en même temps pour montrer ce que l'on a entendu jusqu'à présent par le mot de leucorrhée. M. Troussel, en effet, n'hésite pas à regarder les leucorrhées dont il vient d'être question comme de véritables inflammations de la muqueuse des parties génitales.

§ III. — Symptômes.

La leucorrhée restreinte dans les limites que nous lui avons assignées ne présente pas un grand nom-

bre de symptômes; cependant il est sous ce rapport quelques considérations qui ne sont pas sans intérêt.

On ne saurait admettre, avec les auteurs, qu'une douleur réelle des parties génitales est un symptôme de la maladie dont il s'agit; c'est surtout dans ce qu'ils ont appelé la leucorrhée aiguë qu'ils ont constaté l'existence de la douleur; mais nous avons vu qu'on ne peut pas admettre l'existence d'une leucorrhée aiguë. Tout dépend donc de la manière de comprendre la maladie, et c'est précisément pourquoi je reviens si souvent sur ce point. Lorsque les flueurs blanches sont très-abondantes, les parties génitales externes qui sont constamment baignées par le liquide excrété peuvent s'irriter, s'excorier même; mais ce sont là des conséquences et non de véritables symptômes de la maladie, ainsi que la douleur qui en résulte.

La *matière de l'écoulement* est sans contredit ce qu'il importe le plus d'étudier. Suivant M. D'Espine, qui a examiné plusieurs fois par jour les femmes au spéculum, et qui nous a donné sur ce point les seuls renseignemens dont on doive faire usage si l'on ne veut pas s'exposer à l'erreur, il importe beaucoup de distinguer la matière qui sort de l'utérus de celle qui provient du vagin. L'exploration telle que l'a pratiquée ce médecin est donc indispensable. Voici les résultats auxquels M. D'Espine est parvenu (*loc. cit.* p. 176):

Ecoulement utérin. « Sur 75 explorations spéculaires où l'orifice du col s'est trouvé parfaitement sain, l'écoulement utérin a présenté les formes suivantes :

Écoulement aqueux..................	7 fois.
Écoulement albumineux transparent....	28 fois.
Écoulement albumineux demi-transparent, strié de gris, de blanc ou de jaune.	13 fois.
Écoulement opaque (blanc, deux fois; jaune, une fois)...................	3 fois.
Écoulement albumineux sans autre indication...........................	2 fois.
Quelques gouttes de sang, huit jours après les règles........................	1 fois [1].

« Sur 52 explorations spéculaires où l'orifice du col était entouré d'un cercle rose rouge plus foncé que le reste de la muqueuse, mais nullement vif ni saignant, et sans granulations ni érosions, l'écoulement utérin a présenté les formes suivantes :

Écoulement aqueux..................	3 fois.
Écoulement albumineux demi-transparent, dont deux striés de jaune et deux de blanc........................	14 fois.
Écoulement opaque (deux blancs; deux jaunes).........................	5 fois.
Écoulement albumineux sans autre indication...........................	5 fois. »

Sur 9 autres explorations dans les mêmes circonstances, il n'y a eu qu'un écoulement aqueux et un albumineux transparent. Sur 27 autres où le col était entouré d'un *rouge-grenu*, l'écoulement aqueux n'existait qu'une fois, et l'écoulement albumineux cinq fois ; et enfin, sur 30 autres où le col était rouge

[1] Je passe sous silence, parmi les cas rapportés par M. D'Espine, ceux où il n'y avait pas d'écoulement, car pour nous ils n'ont pas d'intérêt actuel.

et érodé, l'écoulement aqueux ne se montrait également qu'une fois, et l'écoulement albumineux transparent huit.

J'ai cru devoir citer ces faits avec quelques détails, parce que les conclusions qu'on en doit tirer ont la plus grande importance. Il résulte, en effet, de ces observations que l'*écoulement aqueux* et l'écoulement de matière filante, transparente, semblable à du blanc d'œuf, l'écoulement albumineux, en un mot, se remarquent dans la moitié des cas où l'orifice est complétement sain, et qu'à mesure qu'on voit des lésions plus ou moins marquées, depuis la simple rougeur jusqu'à l'érosion, se manifester sur l'organe, l'écoulement prend un aspect purulent.

Il y a donc un écoulement utérin assez abondant pour incommoder les femmes, car M. D'Espine ne parle que de ceux-là, qui consiste dans la sécrétion d'un liquide, soit coulant comme de l'eau (écoulement aqueux), soit semblable à du blanc d'œuf. Or tout porte à penser que ce sont là les deux seules formes d'écoulement qu'on doive regarder comme des écoulemens muqueux et comme constituant uniquement la leucorrhée, et ces faits répondent à ceux qui voudraient voir toujours, dans cette maladie, autre chose qu'une simple lésion de sécrétion; car que peut-on trouver, dans les cas dont il s'agit, de plus qu'une augmentation notable du mucus sécrété à l'état normal ?

Je ne me dissimule pas qu'on peut élever quelques objections contre cette manière de voir. Ainsi l'on peut faire remarquer que dans des cas où il y avait des lésions évidentes du col, l'écoulement a néanmoins conservé les caractères qui viennent d'être

indiqués. Mais rien ne prouve que, dans ces cas, l'écoulement fût une conséquence de ces lésions. On conçoit très-bien, en effet, que de la rougeur, des granulations et même des érosions puissent exister sur les lèvres du col sans pénétrer dans sa cavité où se fait la sécrétion dont il s'agit ici, et on le peut d'autant plus qu'à mesure que nous voyons ces lésions augmenter, et que, par conséquent, il devient de plus en plus probable qu'elles s'étendent à la cavité, l'écoulement se strie de jaune, de blanc, devient opaque et d'aspect purulent.

On pourrait, en outre, objecter que, dans certains cas, le col conservant un aspect parfaitement sain, l'écoulement est cependant puriforme; mais on peut répondre encore de la même manière, car c'est dans la partie inaccessible à l'exploration que se produit principalement la sécrétion dont il s'agit. Remarquons d'ailleurs que ces cas sont de beaucoup les plus rares.

Écoulement vaginal. Si maintenant nous examinons l'écoulement vaginal, nous obtenons des résultats semblables. Lorsque la muqueuse est pâle ou rose, qu'elle a l'aspect sain, la matière de l'écoulement est, dans plus des deux tiers des cas, *blanc-crêmeux* ou *caséeux*, et à mesure que cette membrane paraît plus enflammée, il prend l'aspect puriforme.

L'écoulement propre à la leucorrhée est donc pour l'utérus l'écoulement aqueux et albumineux, et pour le vagin l'écoulement crêmeux ou caséeux.

En examinant le linge des malades, on trouve des *taches* plus ou moins nombreuses et plus ou moins étendues, suivant l'abondance de l'écoulement. Ces taches sont grisâtres, semblables aux taches sperma-

tiques; elles donnent au linge une consistance empesée lorsqu'elles sont sèches. On voit que j'exclus les taches jaunes et verdâtres, qui annoncent une sécrétion purulente; j'en ai trop de fois donné la raison pour y revenir ici.

Il résulte de ce qui précède que la leucorrhée peut être divisée en *utérine* et *vaginale;* mais il est rare que l'écoulement qui constitue l'une ou l'autre se montre isolé, et souvent les deux liquides se confondent si bien dans le vagin, que l'aspect de celui qui est produit par les parois de ce conduit est difficile à saisir.

Je n'ai pas autre chose à dire de l'aspect des parties qui sont le siége de la maladie. Les éruptions, les excoriations de la vulve, lorsque l'écoulement est très-abondant, ne sont, comme je l'ai dit plus haut, que de simples conséquences de l'affection.

Symptômes généraux. Les symptômes généraux de la leucorrhée sont en rapport direct et avec l'abondance de la perte, et avec sa durée. Ainsi, lorsque la perte est peu abondante, et surtout lorsqu'elle ne se produit qu'aux époques menstruelles, la santé générale peut rester intacte. Si, au contraire, l'écoulement est très-abondant, et surtout s'il existe depuis longtemps, on observe l'état suivant : Les femmes sont languissantes et se fatiguent aisément. La face pâlit, et devient même terne lorsque le mal est à son plus haut degré. En même temps les chairs sont molles et flasques; il y a un certain degré d'amaigrissement dû non-seulement à la perte, mais encore au trouble des fonctions digestives dont je vais parler tout à l'heure.

Les malades sont en outre sujettes à des accidens

nerveux très-variés. Elles sont ordinairement très-irritables, éprouvent une gêne plus ou moins marquée de la respiration, parfois même des palpitations. Il en est qui sont sujettes à la céphalalgie.

Du côté de l'estomac, on observe des phénomènes importans qui appartiennent à la *gastralgie*, et dont j'ai déjà dit quelques mots en parlant de cette maladie. (*Voy.* t. V, *Maladies de l'estomac.*) Ce sont des douleurs plus ou moins vives à l'épigastre; des tiraillemens; l'appétit diminué et parfois augmenté; des goûts bizarres, etc. Les malades sont également sujettes aux douleurs intestinales; elles ont fréquemment des borborygmes, de la constipation; en un mot, les signes si divers de l'*entéralgie* se font remarquer. J'ai suffisamment insisté, en parlant de la gastralgie, sur la nécessité de s'assurer si cette maladie n'est pas due à la leucorrhée; il me suffit donc de rappeler ici cette recommandation.

M. Brierre de Boismont a cité un grand nombre de faits qui prouvent le *rapport qui existe entre les flueurs blanches et la menstruation.* Il a trouvé que chez les femmes qui ont présenté la leucorrhée avant la première menstruation, celle-ci avait été en général retardée, et que chez un grand nombre la leucorrhée coïncidait avec des règles irrégulières, pénibles, et parfois avec leur suppression. Il resterait maintenant à indiquer d'une manière précise quelle est l'influence réciproque de la menstruation et des flueurs blanches.

Enfin on a constaté qu'un certain nombre de femmes affectées de leucorrhée devenaient *anémiques* ou *chlorotiques;* mais il faudrait de nouvelles recherches pour savoir si, en pareil cas, on doit attri-

buer à la leucorrhée l'anémie ou la chlorose, s'il ne faut en accuser que les troubles de la menstruation, ou bien s'il faut voir dans la leucorrhée l'anémie, la chlorose et les troubles de la menstruation, autant de phénomènes morbides sous la dépendance d'un état général préexistant. Ce n'est qu'en se posant ainsi des problèmes bien définis, et en comprenant toutes les difficultés de leur solution, qu'on fera faire des progrès réels à la science.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

Nous pouvons dire, d'après ce qui précède, que la maladie a une *marche* essentiellement chronique. Dans les cas non douteux, elle s'établit insensiblement, arrive par degrés à son summum, et persiste ensuite avec des variations plus ou moins grandes, suivant des circonstances très-diverses, parmi lesquelles, comme je l'ai déjà dit, il faut particulièrement signaler la menstruation, qui augmente la quantité du flux muqueux. J'ai également parlé de la *marche intermittente* qu'affecte souvent la leucorrhée. Elle se manifeste deux, trois, quatre jours avant les règles, et plus encore; puis elle est masquée par l'écoulement sanguin, et s'observe de nouveau un nombre de jours à peu près égal après l'écoulement menstruel. Il est rare que l'apparition du flux muqueux n'ait lieu qu'avant ou qu'après les règles seulement. Cependant on en voit quelquefois des exemples.

La *durée* de cette affection est illimitée. Néanmoins il n'est pas très-rare, d'après les auteurs, de la voir cesser après l'époque critique; mais c'est un point qui exige de nouvelles recherches.

Bien que les symptômes généraux décrits plus

haut puissent devenir assez graves, il n'est pas d'exemple de *terminaison* funeste occasionnée par la leucorrhée. Seulement l'affaiblissement, la détérioration de la constitution dans laquelle les femmes se trouvent par suite de pertes abondantes et de longue durée, les placent dans de fâcheuses conditions pour résister aux maladies qui peuvent survenir.

§ V. — Diagnostic; pronostic.

D'après la manière dont nous avons compris la leucorrhée, nous ne saurions trouver aucune difficulté dans le diagnostic du plus grand nombre des cas. Si la perte s'est produite lentement, sans signes d'inflammation, si elle a persisté longtemps, si, à l'examen à l'aide du spéculum, *qui est toujours nécessaire*, on trouve le vagin et le col à l'état sain, et en même temps soit un écoulement aqueux ou albumineux venant de l'utérus, soit un écoulement blanc-crêmeux produit par la muqueuse vaginale, soit l'un et l'autre, ce qui est plus fréquent, on ne peut douter qu'il n'y ait une simple leucorrhée.

Si les écoulemens que je viens d'indiquer existent avec des lésions du col ou de la muqueuse vaginale, ce qu'on ne voit que dans une faible minorité des cas, on a bien des motifs de regarder encore la maladie comme une simple leucorrhée, et les lésions comme des complications.

Si au contraire l'écoulement est puriforme, il faut le considérer comme inflammatoire, et voir dans la maladie une vaginite; car rien dans l'état actuel de la science ne nous autorise à penser que le pus ou le muco-pus puisse se former en l'absence de toute inflammation.

Il est un point qui, au premier abord, paraît plus difficile à décider. Une femme a eu une vaginite ou une blennorrhagie bien évidente; au bout d'un certain temps, l'écoulement passe à l'état chronique et finit même par prendre l'aspect dont j'ai parlé plus haut. Doit-on voir, dans un cas pareil, une prolongation de l'inflammation, et alors même que l'écoulement est albumineux ou crêmeux et que les parties sont à l'état normal, faut-il considérer l'affection comme une vaginite chronique? Sans doute lorsque la maladie est, pour ainsi dire, sur la limite d'un état à l'autre, on peut être embarrassé. Mais lorsque l'écoulement muqueux est bien établi, on ne saurait hésiter à regarder la maladie comme une simple leucorrhée. Une pareille transformation, due sans doute à la longue habitude d'une sécrétion anormale, n'a rien, en effet, qu'on ne puisse facilement comprendre.

Je n'ai rien à ajouter, relativement au *pronostic* considéré d'une manière générale, à ce que j'ai dit plus haut à propos de la terminaison de la maladie. Je me bornerai à dire ici que plus la maladie a duré, moins on a de chances de la faire disparaître, et que lorsque la constitution paraît détériorée, que l'écoulement par conséquent est continu et abondant, on a de grands motifs de craindre que les traitemens les plus actifs n'échouent.

§ VI. — Traitement.

Le traitement de la leucorrhée devait nécessairement se ressentir du peu de précision avec laquelle on a défini la maladie. Aussi peut-on dire que c'est un véritable cahos. Dans les descriptions des auteurs, rien qui s'applique à un état déterminé; tantôt il

s'agit de blennorrhagies aigües ou chroniques ; tantôt de vaginites par excitation directe ; tantôt de véritables flux muqueux, sans que le plus souvent il soit possible de savoir ce qui s'applique à l'un ou à l'autre de ces divers états. C'est surtout au point de vue thérapeutique, qu'il est absolument nécessaire que de nouvelles recherches soient faites et qu'on établisse bien la distinction des divers cas.

Je dois dire d'abord que la leucorrhée est généralement traitée comme la blennorrhée, et que ce que j'ai dit à propos de cette affection s'applique parfaitement ici. Ainsi, lorsque la maladie est légère, on se contente d'un traitement local qui consiste dans des *injections astringentes* (avec le *sulfate de zinc*, l'*acétate de plomb*, la *noix de galle*, le *tannin*, etc.) Lorsque, au contraire, l'affection dure depuis longtemps, que l'écoulement est abondant, et que les malades sont notablement débilités, on a recours en même temps à un traitement général où figurent les *toniques*, les *amers*, les *ferrugineux*.

Cela posé, présentons quelques moyens particuliers dont l'application peut être utile.

Toniques. Le *quinquina* est de tous les toniques celui dont on fait le plus fréquent usage; on le donne seul ou associé à d'autres substances ; voici la formule conseillée par le docteur Formey (*Voy*. Most, *Encykl.*, t. II) :

℥ Alun	ââ 2 grammes.
Fleurs de sel ammoniac martiales.	
Extrait de quinquina préparé à froid.	
Poudre aromatique	
Huile de cannelle	12 gouttes.

F. S. A. des pilules de 0,10 grammes.

A prendre de cinq à dix, matin et soir.

Tissot recommandait une préparation dont le quinquina fait partie, et qu'il désignait sous le nom d'*électuaire antileucorrhéen*. En voici la formule :

♃ Poudre de quinquina		15 grammes.
— de macis	} ãã	4 grammes.
— de cachou		
M. et incorporez dans :		
Électuaire de roses rouges		45 grammes.
— de romarin		15 grammes.
Essence de cannelle		2 gouttes.
Ajoutez :		
Sirop d'épicarple d'oranges		Q. S.
A prendre 4 grammes matin et soir.		

Un *régime* substantiel, l'usage du vin de Bordeaux en petite quantité favorise le traitement tonique.

Ferrugineux. Je n'indiquerai pas ici les nombreuses préparations ferrugineuses mises en usage. La *limaille de fer*, le *carbonate*, le *sulfate*, etc., ont été tour à tour employés, sans que les expériences aient été faites de manière à nous faire connaître si un de ces moyens réussit mieux que les autres.

Le *sirop chalibé* de Willis a joui d'une assez grande réputation ; il est préparé comme il suit :

♃ Sulfate de fer	1 partie.
Dissolvez dans :	
Eau bouillante	8 parties.
Filtrez, et faites fondre dans le liquide :	
Sucre blanc	16 parties.
Gomme arabique en poudre	2 parties.
A prendre de 30 à 60 grammes par our.	

Balsamiques. On a beaucoup vanté l'efficacité de divers baumes comme le *copahu*, les *baumes du*

Pérou, de *Tolu*, la *térébenthine de Venise;* Walch associait cette dernière substance au fer et à d'autres médicamens, dans les pilules suivantes qui ont eu de la célébrité :

♃ Térébenthine de Venise.........	}	ââ 8 grammes.
Extrait de gentiane.............	}	
Gomme kino.....................	}	ââ 6 grammes.
Sulfate de fer..................	}	

M. F. des pilules de 0,10 grammes.

A prendre quinze, trois fois par jour.

Le *baume de copahu* s'emploie de la manière qui a été indiquée à l'article *Blennorrhée.* Lorsque l'estomac ne peut pas le supporter, on a conseillé de mettre en usage le *suppositoire* suivant :

♃ Baume de copahu solidifié.........	}	ââ 4 grammes.
Beurre de cacao..................	}	
Extrait d'opium..................		0,02 grammes.

Employer ce suppositoire matin et soir.

Les baumes du Pérou et de Tolu sont employés à des doses variables que le médecin fixe suivant les cas. Le docteur Lhéritier (*Gaz. méd.;* 1832) a beaucoup vanté l'emploi du *styrax* qu'il prescrit soit en *pilules* soit sous forme de *sirop* ainsi qu'il suit :

PILULES DE STYRAX.

♃ Styrax purifié.........................	30 grammes.
Poudre de réglisse....................	Q. S.

M. F. des pilules de 0,40 grammes.

A prendre d'abord trois, puis progressivement jusqu'à six, matin et soir.

SIROP DE STYRAX.

♃ Styrax liquide........................ 60 grammes.

Faites digérer pendant douze heures dans

Eau simple.......................... 1000 grammes.

Passez, filtrez et faites fondre

Sucre................................ 2000 grammes.

A prendre de quatre à six cuillerées par jour.

Poivre cubèbe. L'administration du poivre cubèbe ne présente rien qui n'ait été suffisamment indiqué aux articles *Blennorrhagie* et *Blennorrhée ;* il serait inutile d'y revenir ici.

Iode. L'opinion que les flueurs blanches attaquent principalement les femmes d'un tempérament lymphatique a dû nécessairement engager à avoir recours à l'iode. Aussi, bon nombre d'auteurs ont-ils préconisé ce médicament; on peut voir à l'article *Scrophules* (t. III) comment il convient de l'administrer. Je me contenterai d'indiquer ici quelques préparations spécialement dirigées contre la maladie qui nous occupe. M. Pierquin a vanté l'efficacité de la *teinture d'hydriodate de fer* dont voici la formule :

℞ Iodure de fer........................	8 grammes.
Alcool rectifié........................	64 grammes.
Eau pure..............................	64 grammes.

A prendre *quinze ou vingt gouttes* dans la journée, dans une infusion de saponaire, de tilleul, etc.

Le même auteur recommande les *tablettes d'hydriodate de fer* préparées ainsi qu'il suit :

℞ Hydriodate de fer....................	4 grammes.
Safran pulvérisé......................	16 grammes.
Sucre pulvérisé.......................	250 grammes.
Mucilage de gomme adragant..........	Q. S.

F. deux cent quarante tablettes.

A prendre *de huit à dix par jour.*

Seigle ergoté. L'action spéciale du seigle ergoté

sur l'utérus a engagé à le mettre en usage contre les flueurs blanches, et on a cité des cas où il a été prescrit avec succès. Le docteur Dufresnois vante l'efficacité de l'élixir suivant :

℞ Seigle ergoté bien sec	16 grammes.
Alcool à 25 degrés	120 grammes.
Sucre blanc	120 grammes.
Essence de menthe	4 gouttes.
Eau pure	Q. S.

F. macérer le seigle ergoté dans l'alcool pendant dix-huit heures, filtrez, et mettez cette teinture de côté. Ensuite, faites bouillir deux fois le résidu resté sur le filtre, et collez. Réduisez les colatures à 240 grammes, au bain-Marie; faites dissoudre le sucre, et laissez refroidir. Ajoutez alors la teinture alcoolique d'abord obtenue, et l'essence de menthe. Mêlez, filtrez, et conservez pour l'usage.

A prendre *trois cuillerées* par jour.

J'ai cité cette formule parce qu'elle a à la fois une action tonique et l'action spéciale du seigle ergoté. Mais le plus souvent on emploie l'ergot de seigle seul, comme dans la métrorrhagie où nous le retrouverons.

La *sabine*, qui a également une action spéciale bien connue, a été aussi mise en usage, surtout dans les cas où les règles sont supprimées, et où les flueurs blanches paraissent les avoir remplacées. Voici comment on a conseillé de l'administrer :

℞ Sabine	8	grammes.
Fer en poudre	4	grammes.
Extrait aqueux d'aloës	1,25	grammes.
Mucilage de gomme adragant	1,50	grammes.

M. F. des pilules de 0,10 grammes.

A prendre de trois à quatre, deux ou trois fois par jour.

Enfin, je pourrais citer les *astringens*, comme

l'*alun*, l'*acétate de plomb*, le *tannin*, l'*extrait de ratanhia*, la *décoction de racine d'aunée* recommandée par Delens qui a cité à l'appui un cas peu concluant, parce que l'état de la malade n'est pas suffisamment décrit ; l'infusion de *busserolle*, de *mille-feuille*, l'*acide hydrochlorique ;* le *colchique ;* la *noix vomique ;* la *ciguë*, qui a sans doute été prescrite dans des cas où l'écoulement était dû à une affection organique, etc. On n'en finirait pas si on voulait donner la liste complète des médicamens proposés, et malheureusement le plus souvent sans que leur degré d'action puisse être suffisamment apprécié. C'est pourquoi je me contenterai de citer, avant de passer au traitement local, la formule suivante proposée par Rust, et qui contient des substances de nature très-diverse :

℞ Bol d'arménie..................	}	
Hydrochlorate de magnésie......	} ââ 24	grammes.
Oléo-saccharum de macis.........	}	
Rhubarbe en poudre............	1,25	grammes.

M. Faites une poudre.

A prendre une cuillerée à thé, trois fois par jour.

Traitement local. En même temps qu'on fait prendre ces remèdes à l'intérieur, on pescrit généralement un traitement local plus ou moins actif, et qui consiste principalement en injections avec la plupart des diverses substances qui viennent d'être passées en revue.

Injections diverses. Les injections avec 0,03 à 0,10 *grammes de nitrate d'argent par* 30 *grammes d'eau*, sont assez fréquemment mises en usage. Mais dans cette application les auteurs ont eu principale-

ment en vue les blennorrhagies chroniques, en sorte qu'il serait impossible de se prononcer rigoureusement sur leur valeur dans les cas particuliers dont nous nous occupons.

Girtanner employait la *potasse caustique* en solution de la manière suivante :

℞ Potasse caustique.................... 0,50 grammes.
Opium pur.......................... 0,20 grammes.
Faites dissoudre dans :
Eau pure........... de 300 à 600 ou 900 grammes, suivant qu'on veut agir avec plus ou moins d'activité.

Pringle recommandait l'injection suivante :

℞ Sulfate de zinc.................. } ââ 8 grammes.
Alun calciné..................... }
Faites dissoudre dans :
Eau pure....................... 500 grammes.

Les injections avec l'*ammoniaque étendue d'une grande quantité* d'eau (Mérat et Delens), avec une solution de *borax*, de *sulfate de soude* (Trousseau); avec le *chlorure de chaux*, l'*eau de chaux*, la décoction de *noix de galle*, d'*écorce de chêne*, de *feuilles de noyer*, ont été également pratiquées; mais j'ai déjà eu si fréquemment occasion d'en parler, à propos des autres affections des organes génitaux, et leur application présente si peu de particularités, que de plus grands détails seraient inutiles.

Le lecteur comprendra facilement pourquoi je n'insiste pas davantage sur le traitement de la leucorrhée. C'est toujours avec la plus grande réserve qu'il faut accueillir les assertions des auteurs, puisque, comme j'ai eu tant de fois occasion de le faire

remarquer, ils ont parlé de cas mal déterminés, et que, d'un autre côté, ils n'ont le plus souvent donné ni l'analyse des faits sur lesquels ils se sont fondés, ni même l'indication de ces faits. Il y a, on le voit, une réforme complète à faire dans l'étude de la leucorrhée, et ce n'est qu'après avoir procédé plus méthodiquement qu'on ne l'a fait jusqu'ici, qu'on pourra donner des indications vraiment utiles et précises pour le traitement, non-seulement de cette affection, mais encore des divers états qu'on a confondus avec elle.

Traitement prophylactique. Plusieurs auteurs se sont occupés du traitement prophylactique, mais ils se sont bornés à donner des conseils qui n'ont d'autre base que les opinions qu'ils s'étaient faites sur l'influence des diverses causes énumérées plus haut. Il suffit, par conséquent, de dire d'une manière générale que l'éloignement de ces causes constitue le traitement prophylactique. J'ajouterai seulement que le séjour de la campagne, l'insolation, l'usage de légers toniques, des amers, une nourriture saine et succulente, sont, parmi les moyens préservatifs, ceux qu'on emploie de préférence.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1°. *Traitement général.* Toniques; ferrugineux; balsamiques; styrax; poivre cubèbe; iode; seigle ergoté; sabine; astringens; moyens divers.

2°. *Traitement local.* Injections, caustiques, astringens, etc.

3°. *Traitement prophylactique.*

CHAPITRE III.

Maladies de l'utérus.

Les affections de l'utérus sont si fréquentes, et elles donnent ordinairement lieu à des symptômes si graves et si incommodes, que, depuis les premiers temps de la médecine jusqu'à nous, l'attention a été fixée sur elles d'une manière toute spéciale. Aussi trouve-t-on, dans tous les ouvrages des auteurs, tant anciens que modernes, qui ont donné des traités généraux de pathologie, des articles étendus sur les affections de la matrice. Néanmoins, il faut le dire, cette partie de la pathologie est une de celles qui ont fait les progrès les plus lents, et qui encore aujourd'hui, malgré les travaux importans qui ont paru, surtout dans ces dernières années, laissent peut-être le plus à désirer.

Il est peu surprenant que les anciens n'aient pu acquérir que des notions assez superficielles sur les maladies de la matrice; leurs moyens d'exploration étaient insuffisans. Aussi avons-nous vu, aussitôt que M. Récamier a eu remis en honneur, perfectionné et popularisé l'emploi du spéculum, l'étude de ces affections devenant plus facile et conduisant à des résultats plus précis, jeter de vives lumières sur beaucoup de points obscurs. C'est donc aux écrits modernes qu'il faut surtout recourir quand il s'agit de ces affections, et c'est ce que je ferai dans cet article, n'empruntant aux anciens que ce qu'ils nous auront appris sur des points particuliers qui ne pouvaient pas offrir pour eux les difficultés que je viens d'indiquer.

L'ordre dans lequel je traiterai les maladies de la matrice sera semblable à celui que j'ai suivi dans la description des autres organes. Ainsi je passerai successivement en revue : 1° la *congestion*, l'*hémorrhagie utérine* et l'*aménorrhée*, ainsi que la *dysménorrhée*, qui sont des dérangemens du flux sanguin normal ; 2° l'*inflammation de l'utérus*, qui comprend la *métrite simple* aiguë et chronique, et la *métrite puerpérale ;* les *granulations*, les *érosions du col de l'utérus*, qui sont des lésions partielles ; 3° le *cancer de l'utérus ;* 4° l'*hydrométrie*, la *physométrie ;* 5° la *perforation et la rupture* de la matrice, et 6° la *névralgie utérine.* Si je ne comprends pas dans cette énumération les divers déplacemens de l'utérus, c'est que ces affections, très-importantes à étudier d'ailleurs, appartiennent en propre à la chirurgie et à l'art des accouchemens, et sont traitées avec tout le soin nécessaire dans les ouvrages consacrés à ces parties de la médecine.

ARTICLE Ier.

CONGESTION UTÉRINE.

Tous les auteurs qui se sont occupés des maladies de l'utérus ont cité des cas dans lesquels un afflux de sang ayant lieu dans le tissu de la matrice, cet organe s'est tuméfié sans qu'il s'ensuivit d'hémorrhagie. Dans un certain nombre de ces cas, on peut, il est vrai, admettre l'existence d'un certain degré d'inflammation ; c'est du moins ce qui semble ressortir des observations qui malheureusement sont presque toujours extrêmement incomplètes ; mais dans d'autres, tels que quelques-uns de ceux qu'ont rapportés Dugès

et Mme Boivin (*Trait. prat. des Malad. de l'Utérus et de ses Ann.*; t. II, Paris, 1833) et M. Duparcque (*Trait. théor. et prat. sur les altér. org. simpl. et cancér. de la Matrice*; p. 166 et suiv.; 2e édit. Paris, 1839), ne présentent d'autres signes que ceux d'une fluxion sanguine, et par conséquent cette affection doit être examinée à part.

Définition; synonymie; fréquence. On ne doit regarder comme congestion utérine qu'une affection dans laquelle il survient une tuméfaction rapide de l'utérus sans symptômes généraux prononcés. Telle n'est pas la manièrè de voir des auteurs que j'ai cités. Pour eux, une simple congestion peut s'accompagner non-seulement de symptômes fébriles marqués, mais encore d'un écoulement blanc ou jaunâtre de l'utérus. Mais évidemment, donner une aussi grande extension à la congestion sanguine, c'est rendre toute distinction impossible. Dans cette manière de voir, il n'y a plus aucune ligne de démarcation entre la congestion simple et l'inflammation. Cela est si vrai, que plusieurs auteurs, en présence des symptômes, ont été conduits à donner à l'affection le nom de *métrite subaiguë*. Il y aurait donc, suivant eux, des phénomènes inflammatoires dans certains cas, et comment dès lors regarder la maladie comme une simple congestion?

Cette affection a reçu en outre les noms de *fluxion utérine*, *pléthore utérine*, *engorgement de la matrice par congestion simple* (Duparcque); et, comme je viens de le dire, celui de *métrite subaiguë*.

Lorsque les règles apparaissent, et dans un bon nombre de cas de métrorrhagies, il se fait une congestion utérine avant que le sang commence à s'é-

couler; sous ce point de vue donc, on pourrait dire que cette congestion est très-fréquente. Mais ce n'est pas là une maladie, et nous ne devons nous occuper ici que de la congestion sanguine qui persiste un temps plus ou moins long sans écoulement de sang. Si l'on en juge par le très-petit nombre de cas de ce genre que possède la science, la congestion utérine, ainsi comprise, est une affection rare, surtout comparativement à la métrorrhagie. Cependant de nouvelles recherches sont nécessaires sur ce point.

Causes. Les causes de la congestion utérine ont été très-mal étudiées; on peut en juger par le passage suivant emprunté à M. Duparcque, qui, néanmoins, a le mieux résumé l'étiologie de cette affection telle que les auteurs l'ont adoptée. Cet auteur cite d'abord comme cause prédisposante l'*âge de la puberté*, et il ajoute que, sous l'influence de cette prédisposition, on voit la congestion sanguine de l'utérus excitée par « les *émotions morales violentes* ou *concentrées*, un *exercice violent*, l'*usage des excitans*, des *stimulans* alimentaires ou médicamenteux, etc. »

« Outre ces causes générales ou communes aux congestions de tous les organes, il en est, continue cet auteur (*loc. cit.* p. 169), qui sont particulières à l'espèce d'engorgement qui nous occupe, savoir, quelques *excitans spéciaux*, comme la *rue*, la *sabine*, etc., et les excitans propres des organes génitaux, le *coït*, la *masturbation.* » Et plus loin il signale l'action du *froid*, l'*usage intempestif des astringens* aux époques menstruelles et après l'accouchement.

Il suffit de cette citation pour montrer combien sont vagues nos connaissances sur l'étiologie de cette affection. Assurément rien n'est plus admissible que l'action de quelques-unes de ces causes; mais en signaler ainsi l'existence c'est ne nous apprendre rien sur leur degré d'influence. Pour y parvenir, il faudrait des faits bien détaillés, et on en chercherait en vain dans la science; bien plus, il est difficile de ne pas penser, en voyant la manière dont ces assertions sont présentées, que beaucoup d'entre elles n'ont d'autre base que des idées théoriques, de pures hypothèses.

Symptômes. Les symptômes propres à la congestion sanguine de la matrice sont fort simples. Les malades éprouvent dans le bassin, et principalement vers le rectum et le périnée, une *sensation de pesanteur* incommode, qui augmente considérablement lorsqu'elles se livrent à un exercice prolongé. Fréquemment, lorsque la congestion est devenue considérable, cette sensation se change en une véritable *douleur* sourde, et l'on voit bientôt survenir des *tiraillemens* dans les lombes et dans les aines, qui se produisent à des intervalles plus ou moins rapprochés, et qui quelquefois se transforment en douleurs vives semblables à des coliques. Ces accès peuvent avoir une durée assez longue, et alors ils s'accompagnent d'une sensation de contraction violente de la même nature que les contractions expulsives de l'accouchement; il y a un véritable *ténesme* utérin. « Ces douleurs, dit M. Duparcque, sont parfois tellement violentes que les malades sont obligées de se tenir fortement courbées en avant pendant leur durée.

Pendant que ces douleurs si vives se manifestent, il est remarquable que la *pression* sur le corps de l'utérus à travers l'hypogastre et sur le col à l'aide du toucher ne détermine aucune douleur au dire des auteurs, et en particulier de M. Duparcque. Cette proposition me paraît néanmoins un peu trop absolue. J'ai vu un cas de congestion utérine, sans aucun signe d'inflammation, dans lequel le corps de l'utérus, palpé à travers la paroi hypogastrique, avait une sensibilité marquée, quoique moindre que dans la métrite, et il arrive assez fréquemment qu'on peut constater l'existence de la douleur dans les cas de *dysménorrhée*, lorsque la fluxion sanguine détermine de violens symptômes que l'apparition du sang dissipe bientôt complétement. D'ailleurs M. Duparcque lui-même rapporte un exemple semblable (*obs.* 55).

« Un phénomène remarquable, dit M. Duparcque, et commun à toutes les congestions actives avec ou sans hémorrhagie, est le *battement très-prononcé autour du col des artères utérines*, qui paraissent plus développées qu'à l'état normal. » Sans nier l'existence de ce symptôme qui paraît très-vraisemblable, je dirai qu'elle n'est pas mentionnée dans les observations, malheureusement trop rares et trop peu détaillées, que nous ont données les auteurs.

Pour compléter le tableau de l'état local, il faut signaler le *gonflement* de l'*organe* que l'on reconnaît aux signes suivans : Par le *toucher* on sent le col volumineux, et si, la femme étant debout, on soulève l'utérus avec le bout du doigt, on le trouve notablement plus lourd qu'à l'état normal. Le *toucher par le rectum* est utile pour acquérir une idée approximative de l'augmentation de volume du corps.

Assez souvent ce volume est trop peu considérable pour que la palpation à travers la paroi hypogastrique puisse faire sentir le fond de l'utérus. Mais dans quelques cas, et surtout dans ceux qui se produisent rapidement, l'engorgement est assez marqué pour que le fond de l'utérus s'élève au-dessus des pubis et puisse être facilement saisi ; tel était le cas que j'ai cité plus haut.

La *percussion* fait alors reconnaître un son mat à convexité supérieure, et s'étendant à droite et à gauche de la ligne blanche, sans atteindre les fosses iliaques.

J'ai déjà dit que si quelques auteurs ont admis l'existence de phénomènes réellement fébriles dans les simples congestions sanguines de l'utérus, c'est qu'ils n'ont pas suffisamment distingué la métrite de la congestion. Les seuls *symptômes généraux* qui appartiennent à cette dernière sont un malaise général, d'autant plus prononcé que les accès de douleur sont plus vifs; une légère agitation et une anxiété plus ou moins grande.

Lorsque, dans un des articles suivans, j'aurai à parler de la menstruation difficile, je devrai reproduire cette description, et on le comprend facilement, car beaucoup de dysménorrhées ne consistent que dans une congestion sanguine semblable à celle dont je viens de parler, et qui se dissipe lorsque le sang qui distend l'utérus peut s'échapper au dehors.

Marche; durée; terminaison. La congestion sanguine de l'utérus a ordinairement une marche aigüe, c'est-à-dire que les symptômes atteignent rapidement leur summum d'intensité. Dans quelques cas, néanmoins, les phénomènes suivent une marche lente,

et la maladie reste ensuite stationnaire pendant un temps variable. Nous avons vu plus haut qu'un de ses principaux caractères est de présenter des *accès* douloureux, qu'on nomme vulgairement *coliques utérines*.

La *durée* de la congestion utérine est ordinairement courte et ne dépasse pas deux, quatre ou cinq jours; elle est surtout courte lorsque l'engorgement sanguin précède l'éruption des règles; car presque toujours l'issue du sang fait cesser tous les accidens, comme nous le verrons à l'article *dysménorrhée.* En pareil cas elle peut ne pas dépasser une ou deux heures; mais, dans quelques cas où la congestion survient hors des époques menstruelles, et où elle n'est pas suivie d'hémorrhagie, on la voit se prolonger pendant plusieurs semaines, surtout si on ne lui oppose pas un traitement convenable et si la malade ne garde pas le repos nécessaire.

On peut dire d'une manière générale que la *terminaison* est heureuse soit que la congestion se termine par une hémorrhagie spontanée, soit que l'intervention de l'art soit nécessaire. Néanmoins on conçoit que si un traitement convenable n'est pas employé, si la malade fait des excès et ne garde pas le repos, une congestion durant depuis longtemps puisse se terminer par une véritable inflammation. C'est un fait qui ne paraît pas douteux, mais qu'il ne serait pas inutile de confirmer par l'observation.

Lésions anatomiques. Les altérations qu'on a trouvées après la mort, dans les cas où des femmes ayant une congestion utérine ont succombé à une autre affection, consistent uniquement en un gonflement

plus ou moins considérable de l'utérus avec distension des vaisseaux par le sang. A la coupe du tissu utérin, il s'écoule une grande quantité de ce liquide, et le tissu reste ensuite avec sa consistance normale.

Diagnostic. Je n'insisterai pas sur le diagnostic, qui sera mieux placé après la description de la *métrite simple aiguë*, seule affection avec laquelle on puisse confondre la congestion utérine. Je dirai seulement ici que les principaux caractères différentiels entre ces deux affections sont les accès douloureux plus marqués et plus fréquens dans la congestion, la moindre sensibilité à la pression que présente le simple engorgement sanguin, et enfin le développement de phénomènes fébriles un peu marqués et d'une certaine durée qu'on observe dans la métrite et non dans la congestion.

Pronostic. D'après ce que j'ai dit plus haut, le pronostic est favorable dans l'immense majorité des cas, et, dans quelques-uns seulement, on peut craindre le développement d'une inflammation simple. Cependant, s'il faut en croire quelques auteurs, le pronostic serait beaucoup plus grave. Voici comment s'exprime à ce sujet M. Duparcque (*loc. cit.*, p. 171): « L'engorgement par congestion, dit-il, passe facilement à l'état de phlegmasie chronique, et de là en des transformations organiques plus profondes. » Cette proposition contient une erreur fort grave. C'est toujours, comme on le voit, la même manière d'interpréter les faits dans les affections des divers organes, et j'ai souvent eu l'occasion, à propos des cancers de l'estomac, du rectum, etc., de prouver combien elle est vicieuse. De ce que ces affections

chroniques, toutes spéciales, et dont les progrès inévitables peuvent être prédits dès qu'on en voit les premiers symptômes, présentent souvent à leur début des signes de congestion ou d'hyperémie, on en conclut que toute congestion ou hyperémie peut se transformer en lésion organique; mais c'est-là étudier les faits très-superficiellement, et une analyse plus approfondie prouve combien cette manière de voir s'éloigne de la vérité. M. Duparcque ajoute que, dans la première partie de son ouvrage, il a cité des faits de ce genre. Lorsque je parlerai du *cancer de l'utérus*, je passerai ces faits en revue; mais je peux dire ici d'avance qu'après en avoir pris connaissance, je n'y ai rien trouvé qui démontre l'exactitude de l'assertion précédente. Des signes de cancer confirmés ont été pris d'abord pour un simple engorgement sanguin, voilà tout.

Traitement. Le traitement de la congestion utérine est généralement fort simple. *Si l'affection est peu intense* il suffit soit d'une *saignée générale*, soit d'une application de *sangsues* à l'hypogastre, aux parties génitales, à l'anus, soit de *ventouses scarifiées* à l'hypogastre, de quelques *bains*, d'une petite quantité d'*opium* (trois à cinq centigrammes le soir), d'un *régime* doux et léger et du *repos* au lit, pour faire disparaître promptement tous les symptômes, et pour voir apparaître le flux menstruel dans le cas où il s'agit d'une dysménorrhée.

Si l'*affection est plus intense*, si elle dure depuis longtemps, surtout si elle a lieu en dehors de l'époque menstruelle, il faut mettre en usage des moyens plus actifs. On insiste d'abord sur les émissions sanguines dans les cas où la malade est vigoureuse et

où la force du pouls et l'apparition rapide des symptômes annoncent qu'il s'agit d'une de ces congestions auxquelles on a donné le nom d'actives.

Quelques auteurs veulent que les émissions sanguines soient faites à une certaine distance du siége de la maladie pour opérer une *dérivation;* ainsi aux lombes, à la base de la poitrine ou dans un point plus éloigné encore. L'expérience ne nous a pas suffisamment éclairés sur l'utilité de cette pratique.

Les *bains* doivent être plus prolongés dans le cas dont il s'agit. On prescrit également des *injections émollientes* fréquemment pratiquées.

Les *douleurs* sont combattues par les narcotiques et surtout par l'*opium* à la dose de 0,05 à 0,10 grammes, et plus si elles résistent. Les *lavemens laudanisés* ont également un très-grand avantage, et le docteur West a préconisé l'*aconit* sous forme d'extrait aqueux à la dose de 0,05 grammes, qu'on augmente ensuite graduellement; mais quelques auteurs préfèrent les antispasmodiques comme le *musc*, le *camphre*, l'*assa fœtida.* J'ai trop souvent eu occasion d'indiquer la manière de les employer pour que j'aie à y revenir ici.

Les *excitans diffusibles* et surtout l'*ammoniaque* et l'*acétate d'ammoniaque* on été vantés dans les cas où la congestion survient *chez des femmes faibles et dont le pouls a peu de résistance.* M. Duparcque emploie l'ammoniaque de la manière suivante :

♃ Ammoniaque liquide....................	48 gouttes.
Sirop de sucre..........................	60 grammes.

M. A prendre dans les vingt-quatre heures, par cuillerées à café, dans une petite tasse d'infusion de feuille d'oranger.

Le docteur Mesnier prescrit l'*acétate d'ammoniaque* à la dose de quatre à sept gouttes répétées trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures, et données soit dans une infusion quelconque, soit simplement dans un peu d'eau sucrée.

D'autres excitans ont été prescrits dans les mêmes circonstances; mais il n'en est aucun qu'il soit plus important de citer que le *seigle ergoté* à cause de son action spéciale. Les docteurs Pagrani et Pignucia (*Annal. univers. de Méd.*) ont rapporté plusieurs observations dans lesquelles l'ergot de seigle a eu les plus heureux effets aux doses suivantes :

♃ Ergot de seigle........................ 4 grammes.

Divisez en huit paquets.

A prendre un toutes les deux heures, dans une cuillerée d'eau sucrée.

Quelques sangsues, l'entretien de la liberté du ventre à l'aide de légers purgatifs, la diète, le repos ont complété le traitement.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines; bains; opium; repos; régime; aconit; antispasmodiques; excitans diffusibles; ammoniaque; acétate d'ammoniaque; ergot de seigle.

ARTICLE II.

MÉTRORRHAGIE.

La métrorrhagie a dû nécessairement être connue dès la plus haute antiquité ; aussi la trouvons-nous déjà mentionnée dans les premiers écrits que possède la science. Ce qu'il importe surtout de remarquer, relativement aux nombreuses recherches qui ont été faites sur ce sujet important, c'est que presque tous les ouvrages qui en donnent une description spéciale, s'occupent particulièrement de l'hémorrhagie utérine chez les femmes grosses ou en couches, circonstances dans lesquelles les pertes de sang sont incomparablement plus graves que dans toute autre. Je ne chercherai pas à faire ici un historique qui serait nécessairement on ne peut plus incomplet et insuffisant. J'aurai soin dans le cours de la description suivante de mentionner les travaux les plus importans.

On a proposé de diviser la métrorrhagie en plusieurs espèces, suivant les principales circonstances qui ont frappé les auteurs. La plus ancienne de ces divisions est celle qui distingue les métrorrhagies en *active* et *passive* ; elle est commune à toutes les hémorrhagies. On a distingué aussi la perte de sang qui a lieu *dans l'état de vacuité*, de celle qui se produit *pendant la grossesse* et *pendant ou peu après l'accouchement*. Je n'ai pas besoin de dire combien cette seconde division est importante. Enfin, d'autres auteurs ont multiplié les distinctions. Ainsi, l'on a admis les espèces suivantes : 1° Métrorrhagie *constitutionnelle* ; 2° M. *succédanée ou supplémentaire* ;

3° M. *symptomatique*; 4° M. *sympathique*; 5° M. *critique*; 6° M. *spasmodique*; 7° M. *intermittente*; 8° M. *épidémique* (*voy.* Sisay, *Essai sur l'Hém. utérine*; Thès. Paris; 1837). Les circonstances variables qui servent de base à cette classification n'ont pas assez d'importance pour qu'on s'astreigne à la suivre. Il suffira de dire, dans le cours de cette description, ce qui caractérise ces diverses espèces.

Les auteurs du *Compendium* ont proposé de reconnaître une *métrorrhagie par augmentation des globules du sang*; une *métrorrhagie par diminution de la fibrine du sang*; une *métrorrhagie par altération du solide modifiant la texture ou la circulation de l'organe*; et enfin une *métrorrhagie par simple lésion dynamique*. Les deux premières espèces correspondent aux métrorrhagies passive et active des auteurs; la troisième, qui n'est autre chose que la *métrorrhagie symptomatique*, se rattache à certaines maladies de l'utérus, comme le *cancer*, les *polypes*; elle n'a d'importance que lorsque, par l'abondance de la perte de sang, l'organisme subit une grave altération, ou les jours du malade sont menacés; quant à la quatrième, il est évident que la dénomination qu'on lui donne équivaut à dire que la cause de la maladie n'est pas connue.

Dans le cours de cet article, je le répète, je signalerai ce qui appartient en propre aux diverses espèces, sans m'assujettir toutefois à les décrire chacune en particulier. Il en est une même, celle qui reconnaît pour cause une lésion profonde de l'utérus qui ne peut nous intéresser que dans une seule circonstance, c'est lorsqu'elle compromet l'existence de la

malade; car lorsqu'elle est modérée, elle n'est qu'un phénomène secondaire qui appartient à la description de la maladie dans le cours de laquelle elle se produit.

En outre, il est une espèce des plus importantes qui ne doit pas, d'après la division consacrée, faire partie d'un traité de pathologie interne; c'est celle qui survient chez les femmes enceintes ou en couches. C'est dans les traités d'accouchement qu'il faut en chercher la description.

§ Ier. — Définition; synonymie; fréquence.

On donne le nom de *métrorrhagie* à tout écoulement de sang provenant de l'utérus, lorsqu'il dépasse les bornes de l'écoulement menstruel, ou lorsqu'il se produit hors des époques menstruelles. Cette définition est adoptée par tout le monde.

On a en outre désigné cette affection sous les noms de *hæmorrhagia uterina; paramenia superflua; menorrhagia; fluor uterini sanguinis; hysterorrhagia sanguinea; stillicidium uteri; perte rouge; hémométrorrhagie*, etc. On désigne particulièrement sous le nom de *ménorrhagie* le flux immodéré des règles, tandis que l'expression de métrorrhagie est plus spécialement appliquée à l'hémorrhagie hors des époques menstruelles. Quoique le mot de métrorrhagie ne désigne pas la nature de l'écoulement, il a une signification généralement admise, il est adopté par presque tous les auteurs; il n'y a donc pas lieu de lui en substituer un autre.

La *fréquence* de la métrorrhagie est grande; c'est ce que nous apprend la pratique de tous les jours.

Nous verrons tout à l'heure s'il est permis d'indiquer la fréquence suivant les espèces.

§ II. — Causes.

Il suffit de parcourir les principaux articles publiés sur la métrorrhagie, pour s'assurer que personne n'a fait de recherches exactes sur l'étiologie de cette affection. Partout ce sont des assertions simples dont quelques-unes ont sans doute une valeur réelle ; mais qui manquent presque complétement de la sanction rigoureuse des faits. On ne doit donc considérer la plupart des propositions qui vont suivre que comme des renseignemens intéressans, dont néanmoins la valeur réelle reste à vérifier.

1°. *Causes prédisposantes.*

Age. On trouve dans la science quelques exemples de métrorrhagie chez des filles très-jeunes, de cinq, six et sept ans, par exemple; mais ces faits sont fort rares, du moins dans nos climats. Il n'est pas non plus fréquent, quoique les exemples en soient notablement plus nombreux, de voir la métrorrhagie survenir dans les premières années de la menstruation, à moins que ce ne soit pendant l'accouchement ou peu après, cas dont nous ne nous occupons pas ici. C'est à mesure qu'on s'approche de l'*âge critique*, et principalement à l'âge critique lui-même, que la perte utérine se produit le plus fréquemment. Après cet âge, la métrorrhagie s'observe encore assez souvent, et nous verrons plus loin qu'elle est alors d'un pronostic fort grave, car elle est due le plus souvent en pareil cas à un *cancer de l'utérus.*

Tempérament. On a cité comme les plus sujettes à la métrorrhagie, d'une part les femmes d'un *tempérament sanguin* et ayant habituellement des règles abondantes, et de l'autre les *femmes nerveuses* et *lymphatiques.* Les premières, suivant les auteurs, auraient des métrorrhagies *actives*, et les autres des flux sanguins *passifs.* Ce qu'il y a de certain c'est qu'on ne trouve nulle part de recherches satisfaisantes sur ce point, et que tout porte à croire qu'on s'est principalement prononcé d'après des idées théoriques.

Constitution L'influence de la constitution n'est pas mieux déterminée. On a dit, il est vrai, que les hémorrhagies *actives* de l'utérus se faisaient observer plus souvent chez les femmes robustes, et que les femmes à constitution chétive étaient plus sujettes aux métrorrhagies *passives ;* mais qui ne voit tout d'abord que c'est-là une assertion banale reproduite à propos de toutes les hémorrhagies, et dont l'exactitude n'est nullement prouvée.

Saisons ; climats. Tous les auteurs s'accordent à dire que l'habitation des climats chauds prédispose singulièrement à la métrorrhagie. Malheureusement on ne trouve pas dans les auteurs qui ont observé dans les pays chauds de renseignemens suffisans sur ce point. Blumenbach (*De Gener. hum. variet.*) a dit, il est vrai, que la plupart des Européennes transportées en Guinée y périssent par suite d'hémorrhagies utérines; mais ce n'est là qu'une affirmation sans valeur réelle. Le fait n'est pas improbable, sans doute, car nous savons que, dans les pays chauds, l'éruption des menstrues se fait à un âge bien moins avancé que dans les pays froids, et que par conséquent il y a

une plus grande tendance aux congestions utérines normales; mais on ne saurait conclure de ce fait physiologique à un fait pathologique sans avoir interrogé l'observation mieux qu'on ne l'a fait jusqu'à présent.

Tout le monde a cité les faits rapportés par Saucerotte (*Mél. de Chirurg.*) pour prouver que la raréfaction de l'air sur les *lieux élevés* est une cause prédisposante de métrorrhagie. Ayant observé cette affection chez un bon nombre de femmes au sommet des Vosges, il y a mis un terme en faisant descendre les malades dans les vallées.

Chaleur artificielle. L'usage immodéré des *bains chauds* serait, d'après Timoni (*Dissert. sur les bains orientaux*), une cause de métrorrhagie; mais à ce sujet nous devons reproduire les remarques faites à propos de l'influence des climats. Il en est de même relativement au *séjour dans des lieux trop fortement chauffés.* On a accusé l'*usage des chaufferettes*, si répandu parmi les femmes du peuple, de produire les pertes de sang par l'utérus, mais comment a-t-on procédé pour s'assurer du fait? On a cité quelques cas où des femmes qui faisaient usage de ce moyen de chauffage ont eu des métrorrhagies, comme si ces femmes avaient une immunité contre toutes les autres causes qui peuvent produire la maladie. Pour moi je dirai qu'ayant parcouru un grand nombre d'observations de métrorrhagie, je n'en ai trouvé presque aucune qui fît mention de l'usage des chaufferettes.

Débilitation par maladies antérieures, etc. On a encore cité comme sujettes à la métrorrhagie, et surtout à la métrorrhagie désignée sous le nom de *passive*, les femmes épuisées par des maladies anté-

rieures, par des *convalescences difficiles*, surtout si, pendant ces maladies et ces convalescences, le régime a été très-sévère. On a attribué la même influence prédisposante à tout ce qui peut affaiblir considérablement l'organisme : ainsi la *lactation* trop longtemps prolongée, les flux muqueux, etc.

On a remarqué que les femmes qui ont eu de nombreux *accouchemens* ou *avortemens*, surtout à de courts intervalles, sont plus sujettes que les autres à la métrorrhagie, et l'on en a dit autant de celles qui font abus des boissons chaudes et relâchantes; des injections; des lavemens chauds, etc.

Constitution médicale. On a cité plusieurs faits qui semblent prouver qu'à de certaines époques les flux métrorrhagiques se produisent avec une facilité remarquable. La circonstance principale à considérer dans ces faits, c'est que, d'après les auteurs qui les ont rapportés, il régnait alors des affections regardées comme bilieuses. Tous les auteurs ont mentionné à ce sujet les observations de Stoll, en 1778, et celles qui furent recueillies dans l'épidémie du Tecklembourg; mais quelle conviction peuvent porter dans les esprits des faits qui sont indiqués sans aucun détail ?

Hérédité. Enfin comme dernière cause prédisposante on a signalé l'hérédité, sans toutefois apporter en sa faveur de meilleures preuves que celles qu'on a données pour les précédentes.

Il est fort triste d'avoir toujours à enregistrer ainsi de simples assertions que les auteurs copient servilement l'un sur l'autre, au lieu de ces résumés d'observations qui seuls pourraient jeter un peu de jour sur ces questions si obscures; mais

avec les observations que nous possédons, ce travail ne pourrait pas même être fait d'une manière satisfaisante, car tous les principaux détails manquent presque constamment.

2°. *Causes occasionnelles.*

Parmi les causes occasionnelles nous trouvons d'abord les excitations directes, comme l'*abus du coït*, la *masturbation*, la *présence d'un pessaire*. Relativement à l'abus du coït, nous avons les recherches précieuses de Parent-Duchatelet (*De la prost. dans la ville de Paris*), qui prouvent l'influence de cette cause par la fréquence de la métrorrhagie chez les filles publiques. On a cité des cas où la métrorrhagie est survenue au moment où les malades faisaient des *efforts* pour soulever un fardeau, ou bien faisaient des mouvemens brusques.

Les *secousses* imprimées au corps par le cheval et la voiture sont des causes qui se rapprochent des précédentes; il en est de même des *violens exercices* du corps, comme la course, le saut, la danse. Enfin on a vu le sang commencer à couler, et parfois avec abondance, immédiatement après une chute sur les pieds, sur le siège ou sur les genoux.

Les *émotions vives*, les passions violentes, et surtout les accès de colère, ont été suivis parfois du flux métrorrhagique. Plusieurs auteurs en ont cité des exemples, et on en trouve de remarquables dans l'ouvrage de M. Brierre de Boismont, que j'ai eu maintes fois occasion de citer.

D'après quelques auteurs, une irritation produite sur les intestins, l'emploi des *purgatifs drastiques*,

la présence des *vers* dans le tube intestinal (Van-den-Bosch) suffiraient pour provoquer une métrorrhagie.

Nous retrouvons ici, comme causes occasionnelles, un certain nombre de celles que nous avons déjà passées en revue comme causes prédisposantes. Ainsi l'on a noté que de simples injections chaudes, un bain chaud, et surtout un bain de siège, peuvent provoquer une métrorrhagie qui peut-être ne se serait pas produite sans ces causes déterminantes.

On a signalé, en outre, l'*application des sangsues* sur le col utérin, ou seulement sur les *parties génitales*, surtout lorsqu'on les met en petit nombre comme quand on veut rappeler les règles; la *cautérisation* du col; les pédiluves irritans; les *sinapismes* aux jambes; en un mot tout ce qui tend à attirer le sang vers le bassin et les extrémités inférieures.

Enfin il faut nécessairement placer parmi les causes de la métrorrhagie, l'emploi des *emménagogues* qui, employés dans le but de rétablir les règles diminuées ou supprimées, ont souvent dépassé le but, et donné lieu à des hémorrhagies inquiétantes. Nous verrons plus loin, en faisant la description de l'aménorrhée, quelles sont les limites auxquelles il faut s'arrêter.

Les causes occasionnelles que je viens d'énumérer, agissant principalement à l'époque des règles, lorsque naturellement le sang se porte vers l'utérus. C'est alors surtout que les excès de coït, les exercices violens, les émotions vives, agissent efficacement et d'un flux sanguin qui jusqu'à ce moment paraissait tout à fait normal, font une hémorrhagie parfois inquiétante. De là on peut conclure que c'est principalement l'espèce de flux sanguin de l'utérus, au-

quel on a donné le nom de *ménorrhagie*, qui est produit par les causes occasionnelles.

3°. *Conditions organiques.*

Nous avons vu plus haut qu'on admet des métrorrhagies qui n'auraient d'autre cause qu'un état pléthorique plus ou moins marqué, et si l'existence de cette cause est reconnue, il faut en conclure que la maladie peut se produire sous l'influence de la seule augmentation des globules du sang; car, à l'article *Pléthore*, nous avons dit que cette augmentation des globules est le caractère essentiel de la pléthore sanguine. Faisons remarquer toutefois qu'on a simplement appliqué à la métrorrhagie ce qui a été dit des hémorrhagies en général, et qu'on n'a pas fait de recherches particulières pour cette affection.

Quelques auteurs ont parlé d'une pléthore locale, d'un *raptus* plus ou moins violent du sang vers l'utérus, qui se termine plus tôt ou plus tard par une hémorrhagie. Cette prétendue pléthore partielle n'est autre chose qu'une congestion, comme celle qui a été décrite dans l'article précédent, et qui se renouvelle plus ou moins fréquemment avant la perte utérine. C'est dans les cas de ce genre qu'en prenant des informations on arrive assez souvent, suivant les auteurs, à constater que la femme a eu des accouchemens nombreux, ou de fréquentes fausses couches. Dans certains cas, néanmoins, il est impossible de découvrir la cause de ces fréquentes congestions, ce qui cependant serait d'une grande importance.

Des conditions tout opposées peuvent se rencon-

trer chez les femmes affectées de métrorrhagie. Leur sang est plus fluide, moins chargé de globules et surtout de fibrine. C'est ce que l'on observe principalement dans les cas de *ménorrhagie* avec état chlorotique, car c'est, presque toujours alors, aux époques des règles que se produit l'hémorrhagie. Il faut bien prendre garde toutefois de confondre cet état du sang avec l'anémie qui résulte d'une affection organique de plus ou moins longue durée, et de croire que l'hémorrhagie a lieu tout simplement sous l'influence de cet appauvrissement du liquide sanguin. Il y a en pareil cas, ainsi que nous allons le voir, une cause bien plus puissante d'hémorrhagie dans l'affection organique, et ce qui le prouve, c'est que l'appauvrissement du sang n'est que consécutif aux nombreuses pertes provoquées par la lésion de l'organe.

Certaines altérations, certaines productions morbides de l'utérus donnent lieu à l'hémorrhagie utérine, et, dans ces cas, la maladie constitue un signe souvent très-grave, outre les dangers qu'elle fait par elle-même courir à la malade. Tout le monde sait que les cancers de l'utérus s'accompagnent fréquemment d'hémorrhagie utérine, mais on n'a généralement pas une juste idée de la fréquence et de la valeur de ce symptôme. Je reviendrai sur ce point à l'article *Cancer de l'utérus*, et je me contenterai de dire ici que, dans l'immense majorité des cas, M. Louis (*Rech. inédites*) a vu la maladie débuter par une perte de sang plus ou moins considérable, et que, depuis que mon attention a été fixée sur ce point, je n'ai pas observé un seul cas de cancer utérin qui ait eu un autre début. Les ma-

lades, interrogées avec soin, ont toujours répondu qu'au moment de leur première perte elles se trouvaient dans un très-bon état de santé, n'avaient ni douleur ni pesanteur dans le bassin durant depuis un peu de temps, n'avaient pas d'écoulement, ou si elles avaient des flueurs blanches, y étaient sujettes depuis longtemps, et ne les avaient pas vues changer. Ce fait, qui est analogue à ce que nous avons noté dans le cancer de quelques autres organes, et en particulier dans le *cancer de l'estomac*, est surtout remarquable par la constance avec laquelle se produit l'hémorrhagie; car dans les autres organes, la fréquence de l'hémorrhagie, au début, est loin d'être aussi considérable. M. Jobert (de Lamballe) a vu dans quelques cas (*voy. Mém. prés. à l'Acad. des Sc.*; t. VIII) l'hémorrhagie utérine reconnaître pour cause un fongus sanguin de la cavité du col.

Il faut nécessairement, dans quelques cas, avoir recours, pour expliquer la métrorrhagie, à un état particulier du sang qui prédispose les sujets aux hémorrhagies de toute espèce. Ce sont là encore de ces exemples d'*hémorrhagie constitutionnelle* que j'ai maintes fois cités à propos de l'*épistaxis*, de l'*hématémèse*, etc. Ce qu'il y a de remarquable dans ces cas, c'est que le plus souvent l'hémorrhagie a lieu par plusieurs voies à la fois. On est naturellement porté à ranger les cas de ce genre parmi les métrorrhagies dues à une diminution de la fibrine du sang; mais cette cause mystérieuse, qui souvent, en un temps très-court, produit une semblable altération du sang, comme dans les cas où ce liquide s'échappe à la fois par la bouche et par l'intestin, forme des taches sous la peau (*purpura hemorrha-*

gica, *ecchymoses scorbutiques*), etc.; cette cause, dis-je, donne aux faits dont il s'agit ici une physionomie toute particulière.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes de la métrorrhagie sont tellement différens, suivant les cas, qu'il en résulte une grande difficulté pour présenter leur description d'une manière générale. Aussi tous les auteurs ont-ils établi des distinctions propres à rendre cette description plus facile. Pour moi, je vais indiquer quelques variétés dont j'exposerai les caractères, tout en reconnaissant que l'on n'observe pas toujours, à beaucoup près, au lit des malades, des distinctions aussi tranchées; il sera facile ensuite au médecin attentif d'en faire l'application aux cas particuliers.

Je parlerai d'abord de ces hémorrhagies abondantes survenues rapidement et se terminant en peu de temps; quelques auteurs leur ont donné le nom de *métrorrhagie aiguë*. Puis je passerai aux hémorrhagies qui consistent uniquement dans une prolongation outre-mesure de la période menstruelle; c'est cette espèce qui a reçu particulièrement le nom de *ménorrhagie*, bien que la précédente doive être, dans un assez bon nombre de cas, comprise sous cette dénomination, car elle se produit de préférence pendant les règles; enfin je ferai connaître les hémorrhagies de longue durée, se produisant aussi bien en dehors des périodes menstruelles que dans leur cours, et auxquelles on a donné les noms de *métrorrhagie chronique* ou de *métrorrhagie passive*, suivant qu'on a considéré leur durée, ou les symptômes locaux et généraux qui les caractérisent.

Symptômes précurseurs. Presque tous les auteurs reconnaissent que la métrorrhagie peut se produire sans symptômes précurseurs, ou que du moins ces symptômes sont parfois si légers, qu'ils n'attirent pas l'attention. On voit, en effet, chez certaines femmes, le sang s'échapper par le vagin en assez grande abondance, et l'hémorrhagie devenir ensuite inquiétante, soit par sa violence, soit par sa durée, sans qu'aucun signe général ou local soit venu les avertir de l'imminence de la métrorrhagie. C'est ce que l'on a observé, aussi bien dans la métrorrhagie simple ou *essentielle*, que dans la métrorrhagie symptomatique. C'est aussi ce que l'on observe assez souvent dans la *ménorrhagie :* les règles se produisent comme de coutume; pendant un certain temps, elles coulent comme à l'ordinaire, puis la perte de sang augmente, sans qu'il soit survenu rien de particulier, ou bien à l'époque où les menstrues devraient cesser, elles continuent pendant plusieurs jours, pendant plusieurs semaines, sans autres symptômes que ceux qui sont sous la dépendance d'une perte de sang trop considérable. Il n'est pas très-rare également de voir la métrorrhagie déterminée par une cause directe, une violence extérieure, se produire ainsi sans prodrômes; c'est ce que l'on observe lorsque la perte de sang suit immédiatement l'action de la cause, lorsque, par exemple, ainsi que le fait remarquer M. Dubois, une femme étant tombée sur le siége, elle se trouve aussitôt ou presque aussitôt baignée de sang (*Dict. de Méd.*, tom. XIX, article *Métrorrhagie*).

Mais il est bien plus ordinaire de voir des symptômes marqués précéder la perte de sang; et, si

l'on en croyait quelques auteurs, il en serait toujours ainsi. Telle est l'opinion de M. Duparcque (*loc. cit.*), qui désigne les métrorrhagies sous le nom d'*engorgemens* hémorrhagiques. La lecture des observations, et les faits que chacun peut voir passer sous ses yeux, prouvent que cette manière de voir est exagérée.

Les symptômes précurseurs sont très-variables suivant les cas; leur intensité est généralement en rapport avec la difficulté que le sang éprouve à s'échapper au dehors, et ils résultent presque tous de la congestion utérine, ce qui, comme nous venons de le voir, a valu à la maladie le nom d'*engorgement hémorrhagique*. Il faut les distinguer en locaux et généraux.

Les *symptômes locaux* sont les suivans: Les malades éprouvent vers le bassin un sentiment de pesanteur, de plénitude, de fatigue, et parfois même de chaleur inaccoutumée. Ces symptômes, avec un état d'agitation, de malaise général plus ou moins marqué, sont souvent les seuls qui annoncent la perte utérine. Dans d'autres cas, et ordinairement lorsque l'hémorrhagie doit être plus considérable, on observe en outre des douleurs s'irradiant vers les lombes, l'abdomen, les cuisses; de l'ardeur, du prurit vers les organes génitaux, et enfin, dans les cas les plus graves, il y a de véritables coliques utérines, des contractions expulsives, sur lesquelles M. Duparcque a particulièrement insisté. Si, à cette époque, et avant que l'écoulement de sang ait commencé, on est appelé auprès de la malade, on trouve, en palpant et en percutant l'hypogastre, le développement de l'utérus tel qu'il a été indiqué

dans l'article précédent, et, par le toucher, on constate la tuméfaction du col et la pesanteur augmentée de l'organe.

Les symptômes généraux peuvent, comme je l'ai dit tout à l'heure, être bornés à un léger malaise; mais, dans les cas graves, on a observé une tension plus ou moins grande des hypochondres, parfois la tuméfaction des mamelles, et même une douleur marquée de ces organes, sur laquelle je reviendrai à l'article *Dysménorrhée;* des lassitudes spontanées, une céphalalgie persistante que nous retrouverons dans les symptômes de la perte sanguine, puis le développement, la dureté, l'accélération du pouls, parfois sa petitesse, et enfin, dans des cas plus rares, des horripilations, le refroidissement des extrémités, et surtout des extrémités inférieures, avec des bouffées de chaleur à la face, des alternatives de chaud et de froid dans tout le corps, des tintements d'oreille, des vertiges.

Il faudrait bien se garder de croire que les symptômes qui viennent d'être indiqués se montrent ainsi groupés dans toutes les métrorrhagies qui présentent des prodrômes. On a procédé, dans la description de cette affection, comme dans celles de toutes les hémorrhagies; on a pris, dans les cas les plus divers, des symptômes précurseurs isolés, et on les a ensuite réunis pour en faire le tableau des prodrômes de la métrorrhagie; mais au lit des malades on n'en trouve souvent qu'un ou deux, et bien rarement on les observe tous. Tout ce qu'il est permis de dire, d'une manière générale, c'est que ces symptômes précurseurs se montrent principalement dans les métrorrhagies dites actives, et qu'ils sont en rapport avec

la violence de la perte qui doit survenir. Il y a néanmoins d'assez nombreuses exceptions à cette règle.

Symptômes pendant l'hémorrhagie. L'apparition de la perte utérine n'est pas moins variable, suivant les cas, que les symptômes précurseurs qui l'annoncent ordinairement. Quelquefois on voit le sang s'échapper *tout à coup* en quantité considérable, et parfois même on a observé une véritable hémorrhagie foudroyante, tant l'écoulement du sang s'est fait avec abondance et rapidité. Le plus souvent, au contraire, ce n'est que peu à peu que la perte utérine arrive à son summum, comme cela a lieu dans les règles ordinaires.

L'*impétuosité* avec laquelle s'échappe le liquide est considérable, suivant tous les auteurs, dans les cas d'*hémorrhagie active* ou bien d'*hémorrhagie aiguë.* Mais ce n'est pas sur un résumé exact d'un assez grand nombre de faits que cette opinion a été établie. On voit fréquemment, soit chez les femmes déjà anémiques, soit dans des cas de cancer de l'utérus, circonstances dans lesquelles on observe plus particulièrement les métrorrhagies regardées comme passives, de grandes pertes de sang survenir tout à coup ou très rapidement. J'ai eu récemment sous les yeux une femme affectée de cancer, qui a eu, sans symptômes précurseurs, sans aucun des signes attribués à la métrorrhagie active, une perte utérine telle que la malade avait l'aspect exangue et qu'elle était dans le plus haut degré de faiblesse.

Dans la métrorrhagie que nous avons appelée aiguë, pour suivre la distinction mentionnée plus haut, mais sans attacher d'autre valeur à ce mot, on observerait, d'après les auteurs, *la couleur ruti-*

lante, un *degré élevé de température*, *une grande coagulabilité du sang;* tandis que dans les autres espèces on trouverait des caractères opposés. Mais ce n'est pas à la plus ou moins grande durée de l'hémorrhagie, ni même jusqu'à un certain point, à la présence ou à l'absence de symptômes de congestion locale et générale, que ce rapportent ces divers caractères; c'est bien plutôt à l'état dans lequel se trouve la malade au moment de l'hémorrhagie. S'il s'agit d'une femme délicate, ayant le sang peu riche, ce liquide, bien que l'affection se soit accompagnée de signes de congestion, d'accélération et même de plénitude du pouls, etc., sortira pâle, non coagulé, séreux en un mot, tandis que chez une femme bien constituée, le sang perdu sera riche, même alors que la perte durera depuis assez longtemps, et qu'elle se sera produite peu à peu, sans symptômes locaux ou généraux bien marqués. Dans les cas de maladie organique, le sang peut également être riche ou pauvre et séreux, suivant l'état de la constitution. En général, les premières pertes donnent lieu à l'évacuation d'un sang riche, coloré, coagulable, tandis que lorsque l'affection a fait des progrès, et lorsque les pertes se sont succédé à d'assez courts intervalles, le sang devient toujours aqueux, et ne se coagule que faiblement ou pas du tout.

La formation de *caillots* mérite une mention particulière, quand il s'agit de l'hémorrhagie utérine. Quelquefois, en effet, ces caillots sont tellement volumineux qu'ils obstruent complétement la voie par où doit s'échapper le sang, et que celui-ci continuant à s'accumuler au-dessus de l'obstacle, il en résulte des accidens graves que je ferai connaître plus loin.

Parfois une grande quantité de caillots est expulsée tout à coup avec beaucoup de sang liquide; d'autres fois les caillots ne se montrent qu'en petit nombre et sous un petit volume; ils n'ont alors d'autre inconvénient que de pouvoir stationner dans le vagin, chez les femmes peu soigneuses, et de s'y altérer.

L'*abondance* de l'écoulement de sang n'a généralement pas été appréciée dans les cas d'hémorrhagie utérine comme dans les autres hémorrhagies, ce qui tient sans doute à ce que ce liquide s'écoulant sur des linges, il est difficile d'en mesurer la quantité. Tout le monde sait du reste que la quantité de sang perdue, dans un court espace de temps, peut être énorme, et l'on à cité des cas, comme je le disais plus haut, où l'hémorrhagie a été foudroyante, c'est-à-dire qu'en quelques instans la malade a été sur le point de succomber, ou même a succombé. Il faut dire, cependant, que les cas de ce genre sont extrêmement rares dans la métrorrhagie non puerpérale dont il s'agit ici. Parmi ces cas exceptionnels, les principaux appartiennent au cancer et à ces hémorrhagies constitutionnelles dont nous avons eu à parler, à propos des pertes de sang de tous les organes.

Comme, pour l'*épistaxis*, on a voulu reconnaître dans quelques signes particuliers si le sang provenait des artères ou des veines de l'utérus. Le docteur Ashwel (*A pract. treat on the diseases peculiar to Women;* London, 1845) a récemment encore admis cette division. Ainsi, lorsque le sang est rutilant, coagulable, spumeux, chaud, certains auteurs pensent que le sang provient des artères, et qu'il s'échappe des veines lorsqu'il présente des caractères opposés. Il est inutile de dire que cette manière de voir n'est

fondée sur aucune expérience, et que c'est par le raisonnement seul qu'on est arrivé à une pareille distinction, qui est inadmissible.

Plusieurs auteurs, et en particulier M. Gendrin, ont signalé des *flux de sérosité* alternant ou coexistant avec l'écoulement du sang. Nous avons vu que le liquide rendu peut être très-aqueux, très-peu coloré par conséquent, et se rapprocher ainsi de la sérosité; mais je n'ai trouvé dans aucune observation la preuve que la sérosité pure ait remplacé le sang. M. Gendrin a cité à ce sujet, un fait qui est bien loin d'être concluant; c'est une observation d'Albrecht (*Miscell. curiosa, sive Ephem. med. phys. Germ. Acad.;* dec. III, ann. V et VI, obs. 21; *de Leucorrh. atrociss. cum hæmorrh. uter.*, etc.), qui ne me paraît pas pouvoir être interprétée comme l'a fait cet auteur. Les détails qu'elle contient, et entre autres la douleur excessive éprouvée par la malade, joints à la marche de la maladie, prouvent qu'il est question d'un *cancer de l'utérus* ulcéré suivant toutes les probabilités, et sécrétant le liquide souvent très-abondant qu'on observe dans cette affection. Ce n'est pas que des flux séreux ne puissent avoir lieu par l'utérus. Nous verrons, en effet, à l'article *Hydrométrie,* que dans certaines circonstances, une sécrétion séreuse existe réellement; mais jusqu'à présent les faits n'ont pas prouvé que ces flux remplacent l'écoulement du sang et réciproquement. Tout ce qui a été dit, par conséquent, sur la congestion séreuse et sur les symptômes qu'elle produit dans les cas de métrorrhagie, demande à être confirmé par l'observation.

Ces réflexions ne s'appliquent pas aux flueurs

blanches, ou flux muqueux qui se montrent fréquemment chez les femmes affectées de métrorrhagie. Ces flueurs blanches ne nous présentent rien d'intéressant à considérer (*voy. Leucorrhée*), si ce n'est que, comme celles qui accompagnent les règles, elles sont plus abondantes peu de temps avant l'hémorrhagie et quelque temps après, qu'à toute autre époque. C'est surtout dans les *métrorrhagies de longue durée*, et se reproduisant à des intervalles plus ou moins éloignés, que se remarque ce symptôme.

L'hémorrhagie utérine a fréquemment lieu sans *douleurs*, lorsqu'elle est idiopathique; il arrive même ordinairement que l'issue du sang fait cesser la pesanteur hypogastrique et les souffrances que nous avons vues résulter de la congestion utérine. Cependant un certain degré de douleur peut coïncider avec l'écoulement du sang, alors même qu'il n'y a pas de lésion organique de l'utérus, et tous les auteurs ont attribué ce symptôme à la persistance de la congestion. Dans les cas de cancer, la douleur peut exister, quoiqu'elle ne soit pas, à beaucoup près, constante, à toutes les époques où se produit l'hémorrhagie, et alors on a pour l'expliquer, d'une part, l'engorgement sanguin, et de l'autre le cancer lui-même.

Mais les douleurs ne sont jamais plus vives que lorsqu'il se forme, un ou plusieurs caillots, qui interceptent le cours du sang, et dont la matrice tend à se débarrasser. Ce sont alors de véritables *coliques utérines*, dont plusieurs auteurs, et entre autres M. Lisfranc *(loc. cit.)*, ont cité des exemples. Dans les cas de ce genre, il a suffi d'enlever les caillots et de rétablir l'écoulement pour faire cesser aussitôt les douleurs vives qu'éprouvaient les malades.

L'*examen* des organes qui sont le siége de l'hémorrhagie doit toujours être fait avec soin. Il donne des résultats différens, suivant qu'on a affaire a un écoulement de sang idiopathique, ou à une métrorrhagie symptomatique. Dans le premier cas, si on pratique le *toucher*, on trouve le col plus ou moins volumineux, mou et un peu chaud, lorsqu'il s'agit d'une métrorrhagie commençante chez une femme encore robuste, et surtout lorsqu'une congestion utérine un peu forte a précédé l'hémorrhagie. Si, au contraire, il s'agit d'une femme débilitée, soit par la métrorrhagie elle-même, après des pertes de sang multipliées, soit par une autre maladie, la mollesse, la spongiosité du col de l'utérus, peuvent être les seuls signes observés. Dans tous les cas, le col est plus ou moins entr'ouvert et admet l'extrémité du doigt.

Si l'on a affaire à une métrorrhagie symptomatique d'une affection de l'utérus, et nous savons que, à part les *polypes* qui sont du domaine de la chirurgie, le *cancer* de la matrice est l'affection qui donne presque exclusivement lieu à ces pertes sanguines, on trouve le col tuméfié et offrant des saillies dures, qui le rendent inégal, ou bien des déperditions de substance, en un mot les signes que j'aurai à décrire lorsqu'il sera question du cancer de l'utérus.

L'*inspection à l'aide du speculum* fait apprécier plus exactement la tuméfaction du col. Celui-ci est d'un rouge foncé, il saigne lorsque les branches du spéculum le touchent, et l'on aperçoit son ouverture, béante, parfois très-dilatée, qui laisse échapper le sang venant de la cavité utérine. Le col présente fréquemment des granulations, des érosions autour de son ouverture; mais il ne faut pas croire que ce

soit là la source de la métrorrhagie; si, en effet, on étanche le sang avec un pinceau, on voit les portions granulées ou érodées rester sèches, tandis que le sang continue à couler par l'ouverture du col. Quant à la petite quantité de sang qui s'échappe souvent des érosions, surtout lorsqu'on presse sur elles, on ne saurait la regarder comme constituant une métrorrhagie, ou du moins, pour le praticien, ce n'est qu'un léger accident, qu'il serait inutile de décrire comme une affection distincte. En écartant les lèvres du col, on aperçoit parfois les fongosités signalées par M. Jobert (*loc. cit.*).

Des *symptômes généraux*, très-divers suivant les cas, et suivant que la maladie a déjà duré plus ou moins longtemps, se montrent dans la métrorrhagie. Si l'écoulement du sang a lieu chez une femme fortement constituée et pléthorique, et s'il ne dépasse pas une certaine limite, quoique constituant une véritable hémorrhagie, il en résulte parfois un bien-être général, et surtout un soulagement marqué du côté du bassin. Mais si l'hémorrhagie se prolonge, on observe tous les accidens qui vont être mentionnés lorsqu'il s'agira des métrorrhagies chez les femmes débilitées, et des métrorrhagies qu'on a désignées sous le nom de chroniques.

L'abondance de la perte a nécessairement une grande influence sur la production des symptômes généraux. Si elle est extrêmement considérable, on observe tous les accidens des grandes hémorrhagies, tels que la lypothymie, les horripilations, la sueur froide, l'impossibilité de se mouvoir, la petitesse du pouls, etc.; mais il est bien rare qu'on observe, hors de la parturition, des hémorrhagies utérines capables

de produire de semblables accidens. Il est néanmoins, dans la métrorrhagie comme dans toutes les hémorrhagies, des cas dans lesquels les défaillances, les tremblemens des membres, et d'autres signes des grandes pertes de sang, se montrent sans que l'écoulement ait été très-considérable. La frayeur éprouvée par les malades peut seule rendre compte de ces phénomènes, et c'est ce qui nous explique pourquoi ils se montrent bien plus rarement dans la métrorrhagie que dans les autres affections du même genre, et surtout dans l'hémoptysie. Les femmes, étant sujettes aux pertes de sang naturelles par cette voie, s'effraient difficilement, même lorsque l'hémorrhagie est assez considérable.

Des accidens nerveux d'un autre genre accompagnent fréquemment la métrorrhagie. Ce sont ceux que nous avons déjà signalés à propos de la congestion utérine. C'est une irritabilité parfois très-grande, des attaques d'hystérie, des *troubles nerveux* variables. Les auteurs ont cité des cas où ces symptômes se montrent même avant que les malades aient perdu une grande quantité de sang; mais c'est surtout lorsque la perte a duré depuis un certain temps, et que l'anémie commence, qu'on les voit apparaître.

Un symptôme qui se rapproche des précédens par sa nature, est une *céphalalgie* parfois opiniâtre, et dont le siége est ordinairement à l'occiput. C'est aussi après une certaine durée de l'affection que cette céphalalgie se manifeste ordinairement.

Enfin une perte de sang prolongée amène les divers signes de l'anémie. Les malades pâlissent; les lèvres et la langue se décolorent; les yeux prennent

cette transparence particulière qui annonce que le sang est devenu plus séreux ; ils sont entourés d'un cercle brunâtre ; les femmes tombent dans la langueur, l'appétit se perd, les digestions sont troublées, on observe les symptômes de la *gastralgie* et de l'*entéralgie ;* il y a un amaigrissement plus ou moins marqué ; la face présente un certain degré de bouffissure, et plus tard on voit, vers le soir, survenir un gonflement œdémateux des pieds. On a cité des cas où l'*hydrothorax* et l'*ascite* se sont montrés à une époque avancée de la maladie ; mais ces cas sont rares, et les circonstances dans lesquelles ces épanchemens se produisent n'ont pas été bien déterminées.

Nous avons vu plus haut que l'écoulement sanguin est parfois interrompu par la formation d'un caillot vers l'orifice utérin. En pareil cas, l'écoulement du sang peut continuer dans la cavité utérine avec assez de force pour produire les symptômes de l'*hémorrhagie interne*, tels que les horripilations, le frisson, le tremblement des membres, le froid des extrémités, la sueur froide, les lypothymies, etc. ; mais ces phénomènes ne s'observent guère que dans les cas d'hémorrhagie utérine après l'accouchement. Lorsqu'il en est ainsi, la *palpation* et la *percussion* de l'hypogastre ont la plus grande importance, car elles font reconnaître l'augmentation de volume de l'utérus, et parfois même les contractions que fait cet organe pour se débarrasser du sang qu'il contient.

Dans cette description, je n'ai pas fait entrer les symptômes qui appartiennent au cancer de l'utérus, affection dans laquelle se montre si fréquemment

la métrorrhagie; il suffira de les chercher à l'article consacré à cette affection; ils n'ont, en effet, rien qui nous intéresse en ce moment.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie présente des particularités importantes. Lorsqu'il s'agit de ces métrorrhagies idiopathiques que les uns ont appelées *actives* et les autres *aiguës*, on voit la perte de sang se produire rapidement, acquérir promptement son plus haut degré, puis disparaître pour ne plus se montrer, à moins que de nouvelles causes efficientes ne viennent la reproduire. Dans la ménorrhagie, les choses se passent parfois de la même manière, c'est-à-dire qu'à une époque menstruelle, le sang s'échappe avec plus d'abondance et pendant un temps plus long qu'à l'ordinaire; puis l'hémorrhagie cesse, et aux époques suivantes on n'observe plus rien de semblable. D'autres fois, même lorsqu'il n'existe qu'une métrorrhagie idiopathique, la perte de sang revient à des intervalles plus ou moins éloignés, et, à chaque fois, elle laisse les malades dans un état de dépérissement plus grand. Les prodrômes dont j'ai donné la description peuvent se montrer à chacune de ces nouvelles apparitions de l'hémorrhagie. Il en est de même de certains cas de ménorrhagie; cette affection peut se reproduire pendant longtemps à chaque époque menstruelle, tantôt plus, tantôt moins abondante, suivant des circonstances qu'il est impossible d'indiquer d'une manière précise. C'est là ce qu'on observe, principalement dans la *chlorose ménorrhagique*. Enfin il n'est pas très-

rare de voir la métrorrhagie idiopathique suivre une marche continue; mais, alors même, le sang ne s'échappe pas tous les jours avec la même abondance; parfois l'écoulement est très-faible, et parfois il devient très-considérable. C'est surtout vers les époques menstruelles que l'hémorrhagie augmente, et l'on a observé que ces diverses recrudescences sont fréquemment précédées des symptômes de congestion dont j'ai maintes fois parlé.

Dans les cas où la métrorrhagie est symptomatique d'un *cancer de l'utérus*, la marche de l'hémorrhagie est également intermittente. Nous avons vu plus haut que, dans le plus grand nombre des cas, une perte de sang marque le début de l'affection cancéreuse; ensuite tout semble rentrer dans l'ordre, jusqu'à ce qu'une nouvelle hémorrhagie se manifeste, ou bien les signes du cancer, tels que l'écoulement sanguinolent et fétide, les douleurs, etc., se produisent, et le cancer suit la marche que j'indiquerai plus loin. A des intervalles variables, il se fait de nouvelles hémorrhagies, et, comme pour la phthisie pulmonaire, il est remarquable que ces hémorrhagies deviennent de moins en moins abondantes et fréquentes, à mesure que l'affection organique fait de plus grands progrès, ce qui tient sans aucun doute à l'oblitération des vaisseaux et au changement de structure des tissus affectés.

On a cité des métrorrhagies *périodiques*, et dont la périodicité serait comparable à celle des fièvres intermittentes. Les faits les plus intéressans et les plus authentiques de ce genre sont ceux qui ont été recueillis par Picqué (*Journ. de Méd.;* Paris, 1774) et par M. Arloing (*Journ. gén. de Méd.;* Paris, 1816),

et que M. Roche a cités dans son ouvrage (*Nouv. Élém. de Pathol. méd.-chir.*, par Roche, Sanson et Lenoir, t. II, p. 48, 4e éd.; Paris, 1844). Dans le cas cité par Picqué, la métrorrhagie revenait tous les jours à six heures du matin, et dans celui qu'a rapporté M. Arloing, l'hémorrhagie avait le type tierce; toutes les deux cédèrent à l'emploi du quinquina. Les faits de ce genre sont très-rares.

Il faut prendre garde de se laisser tromper par une circonstance que j'ai déjà mentionnée, et de regarder toujours comme une métrorrhagie intermittente une hémorrhagie utérine dans laquelle le sang ne s'écoule pas constamment au dehors. Il peut arriver, en effet, qu'il se forme un caillot assez volumineux pour arrêter l'écoulement, le suintement continuant à se faire dans la cavité de la matrice. En pratiquant le toucher, on voit bientôt la cause de cette suspension momentanée, et en retirant le caillot, on donne issue au sang qui s'était accumulé.

La *durée* de l'hémorrhagie utérine est des plus variables. Les métrorrhagies que l'on appelle *aiguës* n'ont qu'une durée de quelques jours; celles qui ont reçu le nom de *chroniques* peuvent se prolonger pendant un temps fort long avec les intermittences, soit complètes, soit incomplètes, que j'ai indiquées plus haut. La métrorrhagie peut exister à un tel degré, qu'il n'existe que sept ou huit jours d'intervalle entre chaque époque menstruelle. Il y a d'ailleurs des nuances infiniment nombreuses.

M. Gendrin (*loc. cit.*) a remarqué qu'il n'est pas un seul exemple authentique de métrorrhagie idiopathique qui se soit *terminée* par la mort. M. Requin

a néanmoins vu une jeune fille chlorotique succomber à la suite de métrorrhagies abondantes qui ne reconnaissaient pas pour cause une lésion organique. La proposition de M. Gendrin n'en est pas moins exacte d'une manière générale. Dans les cas de métrorrhagie symptomatique d'une lésion organique, la perte de sang peut hâter la terminaison fatale en débilitant considérablement la malade; c'est aussi dans les cas de ce genre qu'on a vu se produire quelquefois des hémorrhagies foudroyantes. Lorsque les malades ne suivent pas un traitement convenable, lorsqu'elles font des excès, et que les parties génitales sont fréquemment excitées, il n'est pas rare de voir la métrorrhagie, qui a commencé d'une manière aiguë, prendre une marche chronique.

Il est une autre terminaison, admise par beaucoup d'auteurs, et sur laquelle il importe de dire quelques mots. Suivant eux, lorsque l'hémorrhagie se prolonge, elle tend à produire une maladie chronique fort grave, c'est-à-dire le cancer de l'utérus. Lorsque j'aurai à parler de cette dernière affection, je discuterai avec soin cette question importante : je me contenterai de dire ici qu'il résulte de l'examen attentif des faits, que, dans les cas où l'on a vu apparaître le cancer, une exploration attentive en aurait fait reconnaître l'existence, dès que la première hémorrhagie utérine s'est manifestée, et s'il est quelques cas dans lesquels on a pu conserver des doutes à cet égard, ce que nous observons dans les cancers des autres organes suffit pour les lever; car dans l'estomac, dans l'intestin, dans le poumon, jamais on ne voit une hémorrhagie,

quelque prolongée qu'elle soit, produire un cancer, tandis que, dès le début, cette lésion organique peut donner lieu à des hémorrhagies fort graves.

Mais quelques anatomo-pathologistes ont avancé que des caillots retenus dans les sinus utérins ou résultant du sang extravasé peuvent s'organiser d'abord, puis se transformer en cancer; c'est encore à l'article *Cancer* que cette question devra être discutée.

§ V. — Lésions anatomiques.

Je ne dirai que quelques mots sur les altérations anatomiques qui n'ont pas une grande importance dans cette affection. On a trouvé le tissu de l'utérus spongieux, mou, imbibé de sang; quelquefois même, il est noirâtre, friable, comme pulpeux, semblable, selon l'expression de M. Duparcque, à une rate engorgée et ramollie. Mais je dois faire observer que dans les descriptions que nous ont données les auteurs, il s'agit de métrorrhagies de nature très-diverse, et que l'on n'a pas assez distingué les cas. Quelques-uns ont principalement eu en vue la métrorrhagie survenant après l'accouchement. Quant aux cas où l'hémorrhagie est symptomatique du cancer, on trouve, outre les signes d'engorgement sanguin, les lésions propres à cette affection. Je n'ai pas à m'en occuper davantage ici.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Lorsque l'hémorrhagie survient hors de l'époque des règles, ou assez longtemps après la cessation

complète des menstrues, il n'est pas douteux qu'il existe une métrorrhagie. Mais il est souvent difficile de dire si aux époques menstruelles l'écoulement sanguin reste dans les limites physiologiques ou s'il faut le considérer comme une métrorrhagie. Il arrive, en effet, assez fréquemment que les femmes voient leurs règles continuer un, deux ou trois jours de plus qu'à l'ordinaire, sans que l'on regarde cette prolongation comme morbide. Où commencera donc l'état pathologique? M. Grisolle (*loc. cit.*) veut que l'on ait seulement égard à l'influence que l'hémorrhagie exerce sur les principales fonctions. C'est là un moyen de diagnostic qui n'est pas sans valeur; mais il ne faudrait pas s'en exagérer l'importance. Il n'est pas rare, en effet, de voir des femmes qui ont pendant dix et quinze jours des pertes utérines médiocrement abondantes sans en éprouver de dérangement notable; doit-on regarder ces hémorrhagies comme entièrement pathologiques, bien qu'on sache que ces femmes n'ont habituellement leurs règles que pendant trois, quatre et cinq jours? Il faut, je crois, tenir à la fois compte, et de l'abondance du sang qui s'écoule, et de la durée de l'hémorrhagie, et des effets produits par elle sur l'économie; il est impossible qu'on n'arrive pas de cette manière à un diagnostic précis, sur lequel il serait inutile d'insister.

Il est un autre diagnostic bien plus important: c'est celui qui consiste à déterminer les conditions organiques dans lesquelles se produit l'hémorrhagie. Si elle n'a lieu qu'aux époques menstruelles, si elle n'est pas extrêmement abondante, et si après elle il ne reste aucun symptôme du côté de l'utérus, on

peut présumer qu'il s'agit d'une simple métrorrhagie essentielle. Si, au contraire, c'est en dehors de l'époque des règles, et surtout lorsque les femmes sont dans leur temps critique, ou, à plus forte raison, lorsqu'elles l'ont passée depuis un certain temps, et si après l'hémorrhagie il reste de la pesanteur dans le bassin, un écoulement jaune ou rougeâtre, avec amaigrissement et débilitation, on doit supposer l'existence d'une affection organique. L'examen par le toucher et le spéculum viendra d'ailleurs lever les doutes qui pourraient rester encore.

L'espèce d'hémorrhagie utérine la plus difficile à diagnostiquer avec précision est celle qui est liée à la chlorose, et sur laquelle M. Trousseau (*loc. cit.*) a spécialement appelé l'attention des médecins. Il y a, en pareil cas, pâleur de la face, palpitations, douleurs, en un mot les signes de la chlorose, quoique les menstrues soient très-abondantes; mais nous savons combien les signes de l'anémie consécutive aux pertes de sang se rapprochent de la chlorose; c'est au point que plusieurs auteurs ne distinguent pas ces deux états morbides l'un de l'autre (*Voy.* t. III, art. *Chlorose* et *Anémie*); il faudrait donc évidemment établir principalement ce diagnostic sur les renseignemens fournis par la malade. Si l'état de langueur, de faiblesse; si la pâleur, les palpitations, etc., ont précédé les menstrues trop abondantes, on n'aura aucun doute, il s'agira d'une métrorrhagie chlorotique. Si l'état général a coïncidé avec la première apparition des menstrues trop abondantes, le cas devient plus difficile; et alors, comme dans le cas où les symptômes de chlorose n'ont été manifestés ni avant l'apparition de la ma-

ladie ni à son début, c'est à l'influence du traitement qu'il faudra demander la solution de cette question difficile. Je reviendrai sur ce point dans le paragraphe suivant.

Pronostic. J'ai déjà dit, à propos de la terminaison, ce qu'il y a de plus important relativement au pronostic, et je viens d'y ajouter quelques nouvelles considérations dans le diagnostic. J'ajoute seulement ici que M. Lisfranc considère la métrorrhagie comme une cause de stérilité, ce qui est loin d'être inadmissible, mais ce qui a besoin d'être confirmé par de nouvelles observations.

§ VII. — Traitement.

Pour exposer d'une manière convenable le traitement de la métrorrhagie, il faut nécessairement établir trois catégories. Dans la première je range les *hémorrhagies assez abondantes pour mettre la vie en danger ;* dans la seconde je parlerai de ces métrorrhagies qu'on a appelées *actives* ou *aiguës,* et dans lesquelles on observe principalement la *congestion de l'utérus ;* dans la troisième enfin, il sera question de la métrorrhagie dite *chronique.* Les autres distinctions établies plus haut viendront se ranger sous ces trois chefs.

1°. Il est fort rare, comme je l'ai dit plusieurs fois, qu'une métrorrhagie survenant hors de la parturition soit assez abondante pour mettre la vie en danger ; ce n'est guère que dans les conditions où l'on observe les *hémorrhagies constitutionnelles*, qu'on a à craindre un pareil accident ; cependant, comme on a cité quelques cas de ce genre, il importe d'indiquer la conduite à tenir en pareille circonstance.

Emissions sanguines. Lorsque l'hémorrhagie a déjà été abondante, on ne peut guère être disposé à enlever encore une plus ou moins grande quantité de sang aux malades déjà anémiées; ce moyen ne saurait donc être mis en usage qu'au début de ces hémorrhagies qui s'annoncent comme très-violentes, et dans lesquelles l'examen de l'utérus fait reconnaître un engorgement sanguin considérable.

Dès longtemps la *saignée générale* a été pratiquée dans la métrorrhagie, et elle est encore aujourd'hui conseillée par la plupart des auteurs; mais tous ne veulent pas qu'on y procède de la même manière. Les uns veulent qu'on enlève rapidement une grande quantité de sang par la veine, de manière à faire tomber la malade en faiblesse. Ce moyen a réussi dans quelques cas, mais il ne faut pas l'établir en règle générale. Si la femme est forte et pléthorique, on peut y avoir recours; mais il faut toujours se régler sur la quantité de sang qu'elle a déjà perdue. Lazare Rivière (*Prax. Med.*, lib. XV, cap. III, *de Flux mens. inmod.*) recommande, d'après Hollerius (*Comment.*, aph. 50, sect. V) de faire de grandes saignées, mais en retirant le sang par *jets interrompus*, ce que l'on pratique en plaçant le doigt sur l'ouverture de la veine et en le retirant alternativement. L'expérience ne nous a rien appris sur l'efficacité de ce procédé. Enfin d'autres médecins préfèrent pratiquer une très-petite saignée, et y revenir à des intervalles rapprochés, soit en rouvrant la veine, soit en pratiquant une autre ouverture; mais cette pratique est plus sovent suivie dans les cas où l'abondance du sang est médiocre et où la maladie dure depuis plusieurs jours.

Des *sangsues* en plus ou moins grand nombre ap-

pliquées à l'hypogastre, aux aines, aux lombes, sont conseillées lorsque des signes de congestion violente vers l'utérus se font remarquer, et dans les mêmes circonstances on applique des *ventouses scarifiées* sur les mêmes points.

Quelle est la valeur des émissions sanguines dans le traitement de la métrorrhagie dont il s'agit ici? c'est ce qu'il est bien difficile de dire avec précision. Les médecins ont toujours suivi l'usage traditionnel, sans rechercher, dans l'analyse des faits, l'influence réelle du moyen employé. Tout ce qu'il est permis de dire, c'est qu'il n'est guère d'agent thérapeutique qui soit plus généralement préconisé.

Ventouses sèches. Un moyen qu'il faut rapprocher du précédent, consiste dans l'emploi des *ventouses sèches.* Tout le monde connaît l'aphorisme dans lequel Hippocrate (sect. v, aphor. 50) conseille l'usage de ces ventouses. Il veut qu'on les applique sur les mamelles, et la sympathie bien évidente qui existe entre ces organes et l'utérus est, en effet, un motif d'agir ainsi; mais si le cas l'exige, on doit mulplier les ventouses et les appliquer sur la partie antérieure de la poitrine, sur les hypochondres, etc. On a, dans ces derniers temps, cité des cas où les *ventouses de M. Junod* ont arrêté des métrorrhagies assez inquiétantes; c'est aux bras qu'on les a appliquées.

Ligature des membres. La ligature des membres est aujourd'hui bien rarement pratiquée; on y avait recours autrefois plus fréquemment, comme on peut le voir dans l'ouvrage de Rivière (*loc. cit.*); mais ce moyen, qu'on ne doit employer que dans les cas où la perte a été extrêmement abondante, ne

trouve guère son application que dans la métrorrhagie puerpérale, dont nous n'avons pas à nous occuper ici.

Compression de l'aorte. La même remarque s'applique à la compression de l'aorte, qui a réussi dans des cas graves; c'est dans les hémorrhagies survenues à la suite de l'accouchement qu'elle a été mise en usage, et l'on comprend les difficultés qu'on éprouverait à l'exercer dans d'autres circonstances.

Révulsifs. C'est encore dans le but de détourner de la matrice la fluxion sanguine, qu'on emploie les révulsifs. Ainsi l'on prescrit des *frictions irritantes* sur le dos, les lombes, les épaules, la partie antérieure de la poitrine. On peut employer pour cela un *liniment ammoniacal*, le suivant par exemple :

♃ Ammoniaque liquide........................	5 grammes.
Huile d'olives..............................	30 grammes.

M.

ou bien encore le liniment suivant:

♃ Huile d'olives............................	30 grammes.
Huile de croton tiglium................	2 grammes.

M.

Sur les mêmes points et dans le même but on applique des *vésicatoires volans* ou des *sinapismes;* mais à ce sujet il faut faire une remarque importante. L'utilité réelle de ces moyens est loin d'être démontrée avec précision. Or nous avons vu plus haut que les femmes pouvaient se trouver dans un état d'excitation très-grand ; on ne serait donc pas autorisé, vu l'efficacité hypothétique de ces moyens, du moins dans les cas graves dont il s'agit ici, à les mettre en

usage en pareille circonstance, au risque d'augmenter beaucoup cet état d'excitation nerveuse dans lequel se trouvent les malades.

Les *manuluves sinapisés*, auxquels plusieurs médecins accordent beaucoup de confiance, agissent de la même manière que les moyens qui viennent d'être indiqués.

Application du froid. L'application du froid est un des plus puissans moyens qu'on puisse diriger contre les hémorrhagies utérines trop abondantes. De tout temps on y a eu recours contre ces hémorrhagies, aussi bien que contre celles qui ont leur siége dans d'autres organes, et ici nous trouvons plusieurs points par lesquels nous pouvons faire agir le froid sur l'utérus. Sur l'hypogastre, on applique des compresses trempées dans l'eau de puits, dans l'eau glacée, et fréquemment renouvelées, ou, mieux encore, de la glace renfermée dans une vessie. Par le vagin on fait parvenir sur le col utérin des injections d'eau froide, et enfin on administre des lavemens froids. Ce dernier moyen ne doit pas être négligé; car, en remplissant le rectum d'un liquide froid, on agit sur le corps de l'utérus à la plus faible distance possible. Il faut recommander à la malade de conserver le lavement pendant quelques minutes, et le réitérer dès qu'il est rendu, si le cas paraît l'exiger. Quant aux injections, M. Gendrin fait remarquer, avec raison, que c'est le point par lequel le froid agit le moins bien, parce que d'abord la surface sur laquelle il est porté est la moins considérable, et qu'ensuite la température du liquide est bientôt élevée par le mélange du sang avec lui.

Il ne faut pas oublier, dans l'application du froid,

cette sympathie des mamelles et de l'utérus que j'ai rappelée à propos de l'application des ventouses, et en même temps qu'on agit par les applications sur la matrice, on doit employer les moyens précédemment indiqués pour attirer le sang vers les mamelles. Quelques auteurs néanmoins ont vu l'application *subite* de la glace sur les mamelles suspendre une métrorrhagie, par suite de l'espèce d'ébranlement général que produit la soustraction immédiate du calorique dans ces organes sensibles.

Les *affusions froides* et l'*immersion dans un bain froid* sont des moyens qu'on n'emploie que dans les cas les plus graves, et lorsque le danger est imminent. On doit en mesurer l'action sur l'état des forces de la malade. On commence, dans les cas de grande faiblesse, par une ou deux affusions; puis on passe à l'immersion plus ou moins répétée, et enfin, si les forces le permettent, on laisse la malade dans le *bain froid* pendant cinq, dix, quinze minutes. Il serait imprudent de prolonger davantage ces bains.

Topiques astringens et styptiques. Pour les applications faites sur l'hypogastre et même pour les injections dans le rectum, il suffit de l'eau froide ou de la glace; les topiques styptiques et astringens n'auraient pas, en effet, d'action bien grande par cette voie indirecte; c'est donc pour les injections pratiquées dans le vagin qu'on a aujourd'hui presque exclusivement recours aux liquides dont il s'agit. Cependant les auteurs des derniers siècles ont mis en usage plusieurs de ces topiques, appliqués sur l'hypogastre ou sur le périnée. Je me contente, par les motifs que je viens de donner, d'indiquer les sui-

vans, conseillés par Rivière (*loc. cit.*). Il recommande d'abord des *fomentations* avec le liquide suivant :

℞ Racine de bistorte.	ââ	15 grammes.
— de tormentille.		
Écorce de grenades.		
Feuilles de plantain.	ââ	une poignée.
— de centinode		
— de thlaspi bursa pastoris.		
— de prêle.		
Noix de cyprès.		30 grammes.
Faites bouillir dans :		
Eau ferrée et gros vin.		500 grammes.

Pour fomentations fréquentes sur l'hypogastre.

Je n'ai cité cette formule que pour montrer combien de médicamens divers employaient les anciens. Il en est une multitude d'autres, dont plusieurs sont des plus bizarres et qu'il serait tout à fait inutile de consigner ici; car, en l'absence de faits confirmatifs, aucun praticien ne voudrait les mettre en usage.

Rivière recommande aussi d'appliquer sur le pubis *une éponge qu'on a fait bouillir dans le vinaigre*, et divers onguens et linimens, qui tous excitent plus ou moins violemment la peau.

Aujourd'hui, comme je le disais plus haut, on se contente de prescrire des injections répétées plusieurs fois par jour, avec des liquides styptiques ou astringens; les suivantes, par exemple :

℞ Eau d'orge.	500 grammes.
Vinaigre.	100 à 150 grammes.

M.

ou bien :

℞ Eau de Rabel.	100 grammes.
Eau commune.	500 grammes.

ou encore :

℞ Extrait de saturne..................	10 grammes.
Vinaigre distillé......................	250 grammes.
Eau de roses..........................	1000 grammes.

Je citerai encore l'injection recommandée par Berends, et dont voici la formule :

℞ Sulfate de fer.................. de 4 à	8 grammes.
Eau de sauge............................	250 grammes.
Mucilage de gomme arabique..........	4 grammes.

M.

Il me serait facile de multiplier ces formules; mais ce serait sans utilité, puisque rien ne prouve que parmi ces injections diverses il y en ait quelqu'une qui jouisse d'une vertu particulière; on n'a, par conséquent, à considérer, dans leur prescription, aussi bien que dans celle des autres injections du même genre (*alun*, *sulfate de zinc*, *noix de galle*, *tannin*, etc.), que leur plus ou moins grand degré d'action sur les tissus, de manière à la proportionner à la violence du mal, appréciation qui appartient tout entière au praticien.

Tamponnement. Il est extrêmement rare, comme je l'ai déjà fait observer, que la métrorrhagie non-puerpérale soit assez grave pour exiger la plupart des moyens précédens; à plus forte raison doit-on peu redouter d'avoir à employer le tamponnement, qui n'est nécessaire que dans les cas extrêmes. Aussi ne décrirai-je pas ici cette opération fort simple, qui ne demande qu'un peu de soin. On trouvera, à l'article *Epistaxis* (tom. Ier), l'indication des divers liquides dont on peut aider l'action du tamponnement, dans les cas où on le juge convenable.

A ces moyens externes on en associe d'autres qu'on fait agir à l'intérieur; mais, comme ils sont les mêmes dans les cas graves dont je viens de parler et dans ceux dont je vais m'occuper, je les indiquerai un peu plus loin.

2°. Dans le plus grand nombre des cas, l'hémorrhagie que l'on a appelée *active* ou *aiguë*, et qui survient hors de l'époque de la parturition, est modérée et ne menace pas les jours de la malade. Mais elle peut avoir des résultats très-fâcheux, si elle n'est pas convenablement traitée; car nous avons vu qu'elle peut persister, devenir chronique, et jeter les femmes dans un état de faiblesse et d'anémie.

Nous retrouvons ici les divers moyens que nous avons déjà passés en revue, mais qui doivent être employés avec plus de modération. Ainsi, relativement à la *saignée*, c'est aux petites *saignées révulsives* de 80 à 100 grammes, répétées plus ou moins souvent, qu'il faut généralement avoir recours. Des *sangsues* sont appliquées, comme dans le cas précédent, lorsqu'il existe une congestion utérine, et l'on est quelquefois obligé d'y revenir souvent, parce que la métrorrhagie dont nous nous occupons ici n'est pas ordinairement continue, mais revient à des intervalles variables, et toujours, chez la plupart des sujets du moins, avec un état de congestion notable.

Il est beaucoup moins important, dans ces métrorrhagies modérées, d'arrêter le sang par des moyens actifs. Il est même des cas où, comme dans toutes les hémorrhagies, l'écoulement doit être respecté : c'est lorsque, après tous les signes d'une congestion violente, la perte sanguine venant à s'effectuer, les symptômes s'amendent ou cessent com-

plétement. Il n'est pas rare alors de voir, au bout d'un certain temps, le sang s'arrêter spontanément et, loin d'être nuisible, l'hémorrhagie a été salutaire, en faisant cesser l'engorgement de l'utérus et l'état pléthorique général. Les mêmes réflexions s'appliquent aux *hémorrhagies utérines critiques* signalées par la plupart des auteurs. Seulement je dirai, à propos de cette espèce de métrorrhagie, que les faits cités par les auteurs sont bien loin de démontrer péremptoirement son existence, et que rien ne prouve qu'on n'ait pas été trompé par de simples coïncidences. De nouvelles recherches sont absolument nécessaires sur ce point.

Lorsque cette hémorrhagie se prolonge de telle manière qu'on ne peut plus croire que la perte de sang est utile, doit-on se hâter d'employer des moyens actifs ? L'expérience de chaque jour prouve que cela n'est nullement nécessaire, et qu'une médication bien simple triomphe, dans presque tous les cas, de la métrorrhagie. M. Gendrin a donné à cette médication le nom de *méthode expectante*, quoiqu'elle ne le mérite pas complétement, puisqu'on met en usage quelques moyens dont l'efficacité n'est pas contestable.

Si donc rien ne fait craindre que la perte de sang soit nuisible à l'organisme, si la femme est assez forte, si la congestion utérine est nulle ou peu considérable, on doit se borner à prescrire un *repos absolu* dans la *position horizontale*, le bassin étant un peu plus élevé que le tronc, si les malades peuvent supporter cette position. La chambre doit être bien aérée et sa température peu élevée. La malade sera peu couverte; on lui épargnera, autant que pos-

sible, les grands mouvemens, et en particulier les efforts pour aller à la garde-robe : pour cela, on prescrira de *légers laxatifs*, des lavemens émolliens, huileux, etc. On veillera à ce que la circulation ne soit pas gênée par des vêtemens trop serrés, et on éloignera de la malade tout ce qui pourrait produire chez elle une émotion morale un peu vive, de quelque nature qu'elle soit.

Pour compléter cette médication, il suffit de recommander un *régime* très-léger et très-doux, de prescrire les *boissons froides* et surtout à la *glace*, les *alimens froids* et pris en petite quantité à la fois; et enfin quelques lotions d'eau froide sur l'abdomen, si l'écoulement du sang ne diminue pas promptement sous l'inflence des moyens que je viens d'indiquer.

Malgré l'emploi de cette médication, on voit assez souvent la métrorrhagie persister, et chez quelques femmes très-nerveuses ou débilitées, une perte de sang trop prolongée pourrait avoir de grands inconvéniens; il est alors nécessaire de recourir à des moyens actifs, qui tous sont employés dans la métrorrhagie à marche chronique, et, que, pour cette raison, je vais exposer dans le traitement de cette espèce.

3°. Que la métrorrhagie se soit montrée sous forme chronique dès le début, ou qu'après avoir eu des signes de pléthore, de congestion, de réaction, les femmes affaiblies par la perte de sang aient maigri, pâli, et n'aient plus rendu qu'un sang peu coloré et presque séreux, les moyens à mettre en usage sont les mêmes.

On n'a pas à recourir, en pareil cas, aux émissions

sanguines, ou si un engorgement permanent de l'utérus exige qu'on applique quelques *sangsues*, on ne doit les appliquer qu'en petit nombre, et les laisser couler peu de temps, car une trop grande perte de sang ajouterait beaucoup à la faiblesse et à l'anémie et peut-être sans triompher de la congestion utérine.

Médication interne. Un nombre très-considérable de médicamens a été prescrit dans la métrorrhagie. Beaucoup d'entre eux sont mis en usage dans toutes les hémorrhagies; je dois me borner à indiquer les principaux.

Acides. Les acides ont été employés par presque tous les praticiens, et l'on a principalement recours aux *acides minéraux*. M. Mialhe (*Art de formuler* p. xxx et suiv.) est venu nous donner l'explication de cette vertu antihémorrhagique propre aux acides minéraux, et que l'expérience avait fait reconnaître sans qu'on pût s'en rendre bien compte. Ces acides sont des coagulans du sérum du sang, tandis que les acides végétaux étendus d'eau, tels qu'ils doivent être donnés à l'intérieur, sont des fluidifians.

De tous les acides, *l'acide sulfurique* est le plus fréquemment employé; on peut le donner sous forme de limonade, ainsi qu'il suit:

LIMONADE SULFURIQUE.

℞	Acide sulfurique à 66°	5 grammes.
	Eau	1500 grammes.

A prendre par verrées, en ajoutant à chaque verre:

Sirop de gomme	30 grammes.

Agitez avec soin le mélange, chaque fois que vous le verserez, car l'acide gagne les parties inférieures, et les dernières doses pourraient être trop fortes.

Le *julep antihémorrhagique*, tel que je l'ai indiqué à l'article *Epistaxis*, sera prescrit, si la malade répugne à prendre une trop grande quantité de liquide; voici sa composition :

℞	Acide sulfurique....................	10 grammes.
	Mucilage de gomme arabique..........	200 grammes.
	Sirop de guimauve....................	100 grammes.

M. A prendre par cuillerées.

On peut employer de la même manière les acides nitrique et hydrochlorique; mais il ne faudrait pas, avec quelques praticiens, regarder *l'acide phosphorique hydraté* comme ayant la même propriété, car il résulte des recherches de M. Mialhe (*loc. cit.*) que cette substance a au contraire une propriété fluidifiante. C'est pourquoi on doit penser que dans les faits cités par certains auteurs, comme Lundeberg, Meissner et Burdach, qui ont prescrit cet acide, il y a eu quelque circonstance particulière et méconnue qui a favorisé la guérison de la métrorrhagie malgré l'emploi de ce médicament.

Styptiques et astringens. L'*alun* est un des médicamens qui sont le plus généralement employés, surtout chez les femmes faibles, lymphatiques, débilitées. Le docteur John recommande la formule suivante, qui renferme d'autres médicamens dont j'aurai à m'occuper tout à l'heure.

℞	Alun................................	4 grammes.
	Cannelle............................	1,25 grammes.
	Opium...............................	0,20 grammes.

M. F. une poudre. Divisez en quatre paquets.

A prendre un toutes les quatre heures.

Cette poudre ressemble beaucoup, par sa composition, à la potion que Plenk préconisait dans les cas dont il est question; la voici :

℞ Eau de menthe	120	grammes.
Teinture de cannelle	30	grammes.
Alun	1,25	grammes.
Sirop diacode	30	grammes.

M. A prendre deux cuillerées à bouche, d'abord toutes les heures, et ensuite toutes les deux heures.

L'*acétate de plomb* est également donné à l'intérieur dans les mêmes circonstances; on le prescrit en pilules ainsi qu'il suit :

℞ Acétate de plomb }	ââ 4 grammes.
Poudre de guimauve }	
Sirop simple	Q. S.

F. quarante pilules.

A prendre quatre ou cinq par jour.

Le *tannin* a été mis en usage, et avec succès, principalement dans les derniers temps. La *potion suivante* a été vivement recommandée :

℞ Tannin	1,50	grammes.
Eau distillée d'absinthe	150	grammes.
Sirop de safran au vin de Malaga	30	grammes.

A prendre de trois à six cuillerées à bouche par jour.

Le *tan* a été recommandé par Porta qui en fixe la dose à 2 grammes et demi par jour. Mais suivant M. Trousseau, cette dose est trop faible, et on devrait l'augmenter d'un tiers, ou de moitié et plus progressivement, pour avoir une action thérapeutique réelle.

La *noix de galle* a des propriétés analogues, ainsi que le *cachou* et les autres astringens végétaux, dont par conséquent je ne dois pas m'occuper plus longtemps. Je me contenterai de dire un mot de la *ratanhia* et de la *monésia*, à cause du fréquent usage qu'on a fait, dans ces derniers temps, de ces deux substances et surtout de la première.

La *ratanhia* doit être prescrite en extrait. Cette substance fait partie d'un grand nombre de *potions* auxquelles on a donné le nom d'hémostatiques; je me bornerai à citer les suivantes.

POTION HÉMOSTATIQUE DE CLARUS.

℞ Digitale	2 grammes.
Eau bouillante	Q. S.

pour obtenir 180 grammes d'infusion.

Ajoutez à la colature :

Extrait de ratanhia	de 2 à 4 grammes.

A prendre une cuillerée toutes les trois heures.

POTION HÉMOSTATIQUE DE HILDENBRAND.

℞ Extrait de ratanhia	4 grammes.
Eau de camomille	180 grammes.
Élixir acide aromatique	2 grammes.

M.

A prendre deux cuillerées toutes les deux heures.

On a associé l'extrait de ratanhia à l'alun, à l'acide surfurique, au tannin, au cachou, à diverses autres substances antihémorrhagiques, et il sera facile de faire de semblables formules. J'ajoute seulement que chez les personnes très-jeunes, on peut donner cette substance en sirop que l'on prépare ainsi qu'il suit :

♃ Extrait de ratanhia.................... 15 grammes.
Eau.................................. 120 grammes.

Ajoutez à la solution :

Sirop de sucre bouillant et réduit d'un quart.............................. 500 grammes.

La *monésia* a les mêmes propriétés que la ratanhia, et bien qu'elle ait été préconisée vivement par MM. Bernard et Derosne, il ne paraît pas, d'après les expériences faites par d'autres praticiens qu'elle ait aucune vertu spéciale. Comme la ratanhia, c'est sous forme d'extrait et de sirop qu'on l'administre ordinairement.

Je n'insiste pas davantage sur la médication astringente. Il serait, en effet, inutile de multiplier ces moyens, et de parler, par exemple, du *bol d'Arménie*, du *sang dragon*, etc., que donnaient les anciens. Les moyens précédens suffisent.

Vomitifs. On a conseillé l'emploi des vomitifs, non-seulement lorsque la perte de l'appétit, un mauvais goût à la bouche, la pesanteur de tête peuvent faire croire à l'existence d'un *embarras gastrite;* mais encore dans tous les cas de métrorrhagie chronique indistinctement. Ce qui empêche qu'on puisse savoir d'une manière positive quelle est la valeur de cette médication, c'est que, comme nous l'avons vu plus haut, la métrorrhagie de moyenne intensité tend souvent naturellement vers la guérison. Il n'est pas douteux néanmoins que, dans les faits cités par Alphonse Leroy (*voy. Dict. des Sc. médicales*), MM. Gendron et Osborne (*Gaz. méd.*, 1832), la diminution de l'écoulement sanguin n'ait suivi de près l'administration des vomitifs. Le dernier de ces auteurs recommande particulièrement l'*ipécacuanha*, à

la dose de 1,25 grammes, et veut qu'on y revienne une ou deux fois, si les symptômes résistent. On emploie plus ordinairement le *tartre stibié* à dose vomitive; et Alphonse Leroy recommande de répéter ce médicament plusieurs jours de suite.

Purgatifs. De légers purgatifs, comme le *sulfate de soude, de magnésie*, l'*eau de Sedlitz*, sont également administrés dans les mêmes circonstances. Le docteur Osterlin unit le *séné* et le *sel de Glauber* à une infusion amère et excitante, ainsi qu'il suit :

℞ Follicules de séné................		
Herbe de millefeuille.............	ãã	15 grammes.
— de petite centaurée.........		
Sel de Glauber...................		30 grammes.
Semences de fenouil..............		10 grammes.
Faites infuser dans :		
Eau..............................		500 grammes.

A prendre une demi-tasse ou une tasse tous les matins.

Opium. Les douleurs quelquefois vives et l'état nerveux dans lequel se trouvent les malades ont naturellement engagé les médecins à recourir aux narcotiques, parmi lesquels l'opium tient la première place. Vogler (*Erfahr. über Geburt.*; 1797) regarde ce moyen comme le plus efficace, et l'on trouve dans les divers recueils un assez grand nombre de Mémoires où l'on vante l'efficacité de cette substance. Malheureusement les cas cités sont très-divers, et la plupart se rapportent à des métrorrhagies puerpérales; en sorte que nous ne pouvons pas apprécier, d'après l'expérience, la valeur de ce médicament qui, selon quelques-uns, comme Robert Thomas, doit être donné à petites doses et, selon d'autres, à haute dose. (*Voy.* Rigby et Duncan, *Nouv. Trait.*

sur les Hémorr. de l'ut., trad. par Mme Boivin; Paris, 1818.)

Il est certain que lorsque des douleurs plus ou moins vives s'irradient dans le bassin, les lombes, les cuisses, l'emploi de l'opium est indiqué; mais il faut, avant de le donner, s'assurer si ces douleurs ne sont pas dues à la présence d'un caillot ou de fausses membranes, comme dans les cas rapportés par M. Lisfranc (*loc. cit.*); car alors le seul moyen de les faire cesser est de débarrasser le col de l'utérus des corps étrangers qui obstruent sa cavité. Dans d'autres cas aussi, comme on en voit des exemples dans les observations de M. Duparcque, ces douleurs résultent des contractions exercées par l'utérus pour se débarrasser du sang qui engorge son tissu; et nous avons dit plus haut que le meilleur moyen de faire cesser ces contractions expulsives est de pratiquer des émissions sanguines locales. A mesure que l'observation sera faite avec plus d'exactitude, ces cas seront déterminés avec plus de précision. Cinq, dix, quinze centigrammes d'opium, et plus progressivement, sont souvent nécessaires pour faire cesser les douleurs dans les *métrorrhagies désignées sous le nom de spasmodiques*, et avec la cessation des douleurs coïncide ordinairement celle de la perte utérine. Les *lavemens laudanisés* sont administrés dans les mêmes cas.

Antispasmodiques. Les antispasmodiques sont prescrits dans les mêmes circonstances, mais moins généralement. Parmi eux il n'en est pas qui ait été plus recommandé que le *camphre*, qu'on peut unir à l'opium ainsi qu'il suit :

℞ Camphre	2	grammes.
Poudre de gomme	6	grammes.
Sirop d'opium	30	grammes.
Eau	150	grammes.

A prendre par cuillerées.

Je n'insiste pas sur la médication par les antispasmodiques, parce que nous n'avons sur elle que des renseignemens insuffisans. Je me contente d'ajouter que, dans le cas où ils paraîtraient indiqués, on pourrait administrer en lavemens l'*assa-fœtida*, le *camphre*, le *musc*, etc.

Ergot de seigle. L'action spéciale du seigle ergoté a engagé à l'employer dans la métrorrhagie. C'est d'abord dans la métrorrhagie puerpérale qu'on l'a prescrit, mais ensuite on a étendu son application à tous les cas où l'on a pensé que l'utérus avait perdu sa tonicité et était dans un état d'engorgement passif. On trouve dans les recueils de médecine un assez grand nombre de faits en faveur de son efficacité; mais il resterait à déterminer d'une manière précise quels sont les cas où il doit être prescrit, ce que le peu de détails des observations ne nous permet pas de faire. La meilleure manière d'administrer ce médicament est la suivante :

℞ Seigle ergoté récemment pulvérisé... de 2 à 4 grammes.

Divisez en quatre paquets.

A prendre dans la journée, à intervalles égaux, dans une cuillerée d'eau sucrée, ou dans du pain à chanter.

M. Goupil recommande la mixture suivante :

℞ Poudre de seigle ergoté	4	grammes.
Sirop simple	50	grammes.
Esprit de menthe	0,10	grammes.

A prendre par cuillerées.

C'est le même moyen qui est employé pour provoquer les contractions utérines pendant l'accouchement; seulement, dans le cas dont il s'agit, il ne faut pas le donner à des intervalles trop rapprochés, et même on fera bien de *commencer par de plus faibles doses.*

Je cite la formule suivante du docteur Schussmann, parce que, avec le seigle ergoté, elle contient des substances antispasmodiques et narcotiques, et qu'elle peut être utile dans des cas où l'on a à remplir le double but de favoriser les contractions utérines et de calmer l'excitation nerveuse :

℞ Ergot de seigle............	45 à 60	grammes.
Faites infuser dans :		
Eau bouillante.................	200	grammes.
Faites dissoudre dans la colature :		
Extrait de belladone................	0,75	grammes.
Sirop d'opium......................	30	grammes.
Eau d'amandes amères....... de 2 à	6	grammes.

M. Une demi-cuillerée ou une cuillerée à bouche toutes les heures.

Sabine. On a été jusqu'à prescrire la sabine, quoique cette substance soit employée comme un des plus puissans emménagogues. On trouve dans le Journal de Hufeland plusieurs faits en faveur de cette médication, qui cependant est loin d'être généralement adoptée. Wedekind (*Hufel. Journ.*, 1800) et le docteur Günther (*ibid.*, 1826) ont surtout préconisé ce médicament. Le dernier veut qu'on donne la *poudre de sabine* à la dose de 1,25 grammes quatre fois par jour. Cette dose est considérable, et l'expérience n'a pas parlé assez fortement en faveur de ce médicament pour qu'on doive conseiller de le prescrire en aussi grande quantité. C'est, du

reste, à l'observation ultérieure à nous éclairer sur ce point.

Ferrugineux. Les ferrugineux sont donnés dans les cas où la faiblesse et l'atonie sont grandes. Mais c'est surtout pour combattre l'*anémie*, suite de la métrorrhagie, qu'on y a recours. Je renvoie par conséquent à l'article *Anémie* (*Voy.* t. III). Plus loin je parlerai de leurs effets dans la *chlorose ménorrhagique.*

Moyens divers. Restent maintenant un certain nombre de médicamens vantés par quelques auteurs, mais sur l'efficacité desquels nous n'avons que des renseignemens insuffisans. Ainsi le *nitrate de potasse à haute dose*, conseillé par les docteurs Zuccari (*Annal. univ. de Méd.;* 1824) et Goupil (*Nouv. Bibl. méd.*, t. VII), qui le donne à la dose de 8 à 16 grammes par jour dans la tisane ; la *digitale* que Brera unit à la gomme kino, ainsi qu'il suit :

♃	Digitale..................................	0,10 grammes.
	Gomme kino..............................	0,60 grammes.

Faites des paquets semblables.

A prendre un toutes les deux heures.

On a encore recommandé l'*acétate d'ammoniaque*, la racine de *tormentille* (Meyer, *Recept.*, 1836); *la créosote, le petit-lait, le ferro-cyanate de potasse*, etc.

En même temps qu'on emploie cette médication interne, on ne doit pas négliger les *moyens externes* indiqués plus haut à propos de la *métrorrhagie aiguë;* seulement il faut en proportionner l'action à l'intensité du mal et aux forces de la malade.

Est-il maintenant quelques moyens qui s'appliquent plus particulièrement à certaines des espèces de métrorrhagie que nous avons indiquées plus haut? C'est d'après les symptômes que ces espèces ont été établies, et c'est aussi d'après les symptômes que le traitement précédent a été institué. Il ne nous reste à considérer que la *chlorose ménorrhagique* et la *métrorrhagie symptomatique d'une affection organique* de l'utérus. Relativement à cette dernière, on comprend tout de suite que lorsque la métrorrhagie se produit, elle doit momentanément fixer sur elle l'attention d'une manière exclusive, et faire oublier presque complétement la maladie primitive. On doit même faire complétement abstraction de celle-ci, lorsque la métrorrhagie est assez abondante pour mettre en danger les jours de la malade. Dans les cas moins graves, tout ce qu'il faut se rappeler, c'est que les femmes ont une affection organique essentiellement débilitante, et que par conséquent on ne doit employer qu'avec modération les remèdes qui tendent à augmenter cette débilitation, et en particulier les émissions sanguines.

Chlorose ménorrhagique. Quant à la ménorrhagie qu'on observe dans certains cas de chlorose, j'en ai indiqué le traitement, avec tous les détails nécessaires, dans un autre article (*voy.* t. III. p. 536, art. *Chlorose*); il me suffit donc d'y renvoyer le lecteur.

Traitement de quelques accidens. J'ai dit plus haut que la formation de caillots ou de fausses membranes peut donner lieu à des contractions expulsives, occasionnant des douleurs semblables à celles de l'accouchement. Les faits rapportés par M. Lisfranc

(*loc. cit.*) prouvent qu'en pareil cas il n'est pas de meilleur moyen que de *retirer les caillots ou les fausses membranes*, en les détachant avec le doigt. Des *injections* peuvent favoriser cette extraction, qui quelquefois est difficile, le corps étranger étant placé trop haut dans la cavité utérine.

Si par suite de l'oblitération du col par ces caillots ou fausses membranes, le sang continuait à s'accumuler outre mesure, et distendait la cavité utérine en produisant les symptômes de l'hémorrhagie interne, il faudrait enlever avec promptitude l'obstacle, en même temps qu'on mettrait en usage les moyens dirigés contre la métrorrhagie, qui met les jours des malades en danger (*voy.* page 312). Le même accident peut se produire à la suite du tamponnement; et en pareil cas il faut enlever les tampons, pour agir ensuite comme lorsqu'on a enlevé les caillots.

La manière dont j'ai présenté le traitement me dispense de le résumer en *ordonnances*, ce qui d'ailleurs serait beaucoup trop long, les cas étant très-divers.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1°. *Métrorrhagie assez grave pour faire craindre pour la vie :* Émissions sanguines; ventouses sèches; ligatures des membres; compression de l'aorte; révulsifs; application du froid; topiques astringens et styptiques; tamponnement.

2°. *Métrorrhagie active de médiocre intensité.* Émissions sanguines; saignées révulsives; repos moral et physique; position horizontale; air frais; boissons froides; alimens froids; applications froides.

3°. *Métrorrhagie chronique. — Médication interne :*

Acides; styptiques et astringents; vomitifs; purgatifs; opium; antispasmodiques; ergot de seigle; sabine; moyens divers : digitale; tormentille, etc. *Moyens externes,* comme dans la première catégorie, mais proportionnés à l'état de la malade.

4°. *Traitement de la chlorose ménorrhagique.*

5°. *Traitement de quelques accidens :* Caillots; fausses membranes; hémorrhagie interne.

ARTICLE III.

DYSMÉNORRHÉE.

Suivant quelques auteurs, et en particulier ceux du *Compendium* (*voy.* article *Aménorrhée et Dysménorrhée*), il n'y a point de maladie particulière qui doive trouver place dans le cadre nosologique sous le nom de dysménorrhée. Cet état pathologique n'est, d'après eux, qu'un degré de l'aménorrhée. Je ne saurais partager cette opinion. On trouve, en effet, un grand nombre d'observations dans lesquelles les menstrues se produisent difficilement et avec des symptômes souvent très-violens, sans que pour cela les règles soient diminuées; il est bien évident qu'en pareil cas on ne peut admettre l'existence d'une aménorrhée. D'autres, comme M. Duparcque, ne font de la dysménorrhée qu'un simple symptôme, dont ils attribuent l'apparition à une lésion de l'utérus et presque toujours à un engorgement sanguin; mais cette manière de voir n'est pas plus admissible que la première. Sans doute il est beaucoup de cas où une fluxion trop considérable, avec difficulté de l'exsudation sanguine, constitue l'état morbide auquel il faut rapporter les accidens divers qu'on observe dans

la dysménorrhée; mais il en est d'autres où cette fluxion n'a rien qui sorte de la règle ordinaire, et où cependant les menstrues se produisent avec difficulté et douleur; j'en citerai des exemples. Et même, en admettant que l'engorgement sanguin fût la seule cause des accidens, il faudrait encore, au point de vue pratique, traiter à part de la dysménorrhée; car l'état morbide désigné sous cette dénomination est formé par un ensemble de symptômes ayant une physionomie propre, et demande des moyens particuliers. Toutefois la dysménorrhée ne consistant qu'en un trouble fonctionnel plus ou moins considérable, n'exige pas de très-grands détails dans sa description.

Définition; synonymie; fréquence. D'après ce que je viens de dire, on doit entendre sous le nom de dysménorrhée une difficulté plus ou moins douloureuse de la menstruation, et avec Mme Boivin et M. Dugès, je ferai observer que dans les cas où cette affection existe, on constate toujours la tendance naturelle à l'hémorrhagie périodique, qui est seulement entravée par des circonstances diverses. C'est là ce qui distingue la dysménorrhée de l'aménorrhée.

Cette affection a encore reçu les noms de *menorrhagia; paramenia; menstruatio difficilis; dysmenorrhœa, dysmenia; menstrues laborieuses*, etc.; on l'observe *très-fréquemment.*

Causes. En disant que l'on n'a pas étudié d'une manière méthodique les causes de la dysménorrhée, je ne fais que constater ce qui est reconnu par tout le monde. Voici néanmoins ce que nous connaissons de plus précis sur ce point.

La dysménorrhée est fréquente surtout *dans les premières années de la menstruation*; suivant M. Gendrin, elle diminue et souvent disparaît dans les dix années qui précèdent l'époque critique. Un *tempérament nerveux*, une *constitution sèche*, *forte* ou *faible*, sont les conditions dans lesquelles on pense en général qu'elle se montre plus particulièrement.

On a encore admis, comme *causes prédisposantes*, la *vie sédentaire*, ou bien un *exercice immodéré*, des *alimens mauvais et insuffisans*, ou au contraire une *alimentation trop succulente. L'habitation des grandes villes;* les *excès vénériens de toute espèce* ou les vives *affections de l'âme;* le *célibat;* la *continence;* l'*hérédité*, etc. Il suffit de cette énumération pour montrer combien sont peu précises nos connaissances sur l'étiologie de la dysménorrhée.

Quant aux *causes occasionnelles*, nous pouvons dire que nous ne les connaissons nullement.

Il n'en est pas de même des *conditions organiques* dans lesquelles se produit la dysménorrhée. Il en est quelques-unes que nous pouvons signaler. D'abord se présente *l'engorgement sanguin*. Nous avons vu, en parlant de la congestion utérine, que des douleurs vives, un malaise général, et d'autres symptômes assez intenses l'accompagnent souvent et se dissipent lorsque le sang coule librement. Il y a alors une véritable dysménorrhée qui n'existe pas toujours avec l'engorgement sanguin.

Les règles sont fréquemment difficiles et douloureuses chez les femmes atteintes de *maladie organique de l'utérus*. Tous les auteurs ont cité des cas de ce genre. Il suffit parfois de la présence d'un *polype*

pour déterminer la dysménorrhée. M. Lisfranc en a mentionné des exemples. Ces dysménorrhées peuvent être appelées *symptomatiques*, et ce sont celles qui nous intéressent le moins ici, parce qu'elles ont leur place dans la description des maladies dont elles constituent un symptôme important.

Il arrive quelquefois que la présence d'un *caillot* ou d'une *fausse membrane* détermine, dans le cours de l'hémorrhagie mensuelle normale, les mêmes accidens que nous avons signalés dans la métrorrhagie, et il est surprenant que les auteurs n'aient pas mentionné cette cause de dysménorrhée. J'en ai vu un exemple bien frappant chez une jeune femme : les règles, depuis plusieurs années, n'avaient presque jamais eu lieu sans être précédées de douleurs excessives, ressemblant aux plus violentes douleurs de l'enfantement, et ne cessant qu'au bout de quatre, cinq, six heures, quelquefois plus, par l'expulsion d'une fausse membrane épaisse de trois ou quatre millimètres, rougeâtre, lisse d'un côté, tomenteuse de l'autre, et ayant une étendue telle qu'elle pouvait couvrir complétement la surface interne d'un utérus sain. La cessation des douleurs, après l'expulsion de cette fausse membrane évidemment fibrineuse, était instantanée, et le sang commençait à couler, sans autre accident, jusqu'à la fin de l'époque menstruelle.

Enfin il est des cas nombreux où un examen attentif ne trouve ni fluxion exagérée, ni maladie organique, ni obstacle à la sortie du sang. En pareil cas, on a recours, pour expliquer la difficulté de la menstruation, à une altération du sang, à la pléthore ou bien à l'anémie, et plus encore à un état nerveux particulier qu'on a désigné sous le nom d'*hys-*

téralgie cataméniale. Sans prétendre que ces explications portent à faux, je fais observer que les recherches sur ce sujet important sont bien loin d'être suffisantes.

Symptômes. Les symptômes de la dysménorrhée sont très-variés. Pour bien les étudier, il faut tenir compte des diverses espèces que je viens d'admettre.

1°. Lorsque la dysménorrhée est liée à un état fluxionnaire de l'utérus, elle offre les symptômes douloureux que j'ai décrits à l'article *Congestion utérine,* et sur lesquels il serait inutile de revenir ici.

2°. S'il s'agit d'une affection organique de la matrice, de la présence d'un polype, les symptômes peuvent être et sont, en effet, presque toujours les mêmes que dans le cas précédent; car, alors, la fluxion utérine, aux époques menstruelles, est un phénomène fréquent.

3°. La dysménorrhée due à la présence d'un caillot ou d'une fausse membrane mérite une mention particulière. On a vu, dans le fait que j'ai cité plus haut, que les *douleurs* peuvent être excessives; elles sont, dans tous les cas, d'une violence notable, et elles ont pour caractère de cesser brusquement par l'expulsion du corps étranger.

Il faut, dans tous les cas de dysménorrhée, mais surtout dans ceux où l'on a quelque raison de croire à la formation de ces corps étrangers, avoir soin de *toucher* les femmes. En pareille circonstance, comme dans la *ménorrhagie,* on peut, en effet, reconnaître la présence des corps étrangers, et en favoriser l'expulsion, ou même, dans quelques cas, en pratiquer l'extraction.

4°. Les douleurs qui constituent la dysménorrhée hystéralgique, ou *hystéralgie cataméniale*, constituent, comme dans les espèces précédentes, le principal symptôme. Elles restent fixées dans le bassin, ou s'irradient au loin, ou enfin occupent d'autres parties du corps.

Les *douleurs* fixées dans le bassin ressemblent complétement à celles qu'on observe dans la fluxion utérine; ce sont des tiraillemens, des élancemens, un sentiment de torsion, de chaleur incommode dans le vagin. Celles qui s'irradient au loin consistent en tiraillemens dans les lombes, les cuisses, les aines, et en élancemens souvent très-douloureux. Enfin les douleurs fixées autre part présentent souvent, comme j'ai pu m'en assurer dans de nombreuses circonstances, le caractère névralgique. C'est ainsi que j'ai vu, chez des femmes, des névralgies intercostales et lombo-abdominales, avec les points douloureux qui les caractérisent, et des migraines névralgiques, durer pendant un, deux, trois jours, quelquefois plus, avant l'apparition des règles, et disparaître lorsque l'hémorrhagie s'établissait.

Il n'est pas rare de voir des douleurs des seins survenir par suite d'une turgescence facile à apprécier lors de l'éruption difficile des règles. Quelquefois les femmes éprouvent un brisement marqué des membres, des douleurs d'estomac, des digestions difficiles. Quelques-unes enfin ont de véritables attaques d'*hystérie*.

M. Gendrin a cité une observation remarquable par le nombre et la violence des symptômes, bien que le volume normal de l'utérus fût constaté, à

l'aide du toucher par le vagin et par le rectum. On observa, dans ce cas, des coliques violentes presque continues, une vive *sensibilité à la pression* dans les régions hypogastrique et lombaire, un sentiment très-pénible de courbature dans tout le pourtour du bassin et dans les cuisses, une *tuméfaction douloureuse des mamelles*, du *dévoiement*, des *épreintes*, des *nausées*, des *efforts de vomissement*, et en même temps des *défaillances*, des *syncopes*, une *vive douleur de tête*, et par momens des *accidens spasmodiques hystériformes*. Il est rare que la dysménorrhée soit portée à un aussi haut degré.

Dans tous les cas, il y a un *malaise général*, souvent une *céphalalgie* occupant toute la tête, et plus forte vers la nuque. Les malades sont extrêmement irritables, fantasques, bizarres; elles ont quelquefois des bouffées de chaleur au visage, et quelquefois des horripilations; et ce qu'il y a de remarquable, ce qui prouve bien la nature nerveuse de l'affection, c'est qu'au milieu de ces symptômes violens, le *pouls* reste presque toujours parfaitement calme.

Il est ordinaire de voir ces phénomènes se calmer beaucoup et même disparaître complétement lorsque l'hémorrhagie mensuelle s'établit; cependant on voit des dysménorrhées continuer même alors que le sang a commencé à couler. Presque constamment, en pareil cas, le sang s'échappe avec peine, goutte à goutte, et semble être exprimé péniblement par des contractions utérines douloureuses. Parfois même ce n'est qu'un liquide mucoso-séreux ou sanguinolent qui est ainsi rendu. C'est là ce que, à l'exemple d'Aétius, quelques auteurs ont appelé *stil-*

licidium uteri. Il est vrai de dire que cet écoulement pénible et douloureux s'observe bien plus souvent dans la dysménorrhée par engorgement sanguin de l'utérus que dans la dysménorrhée hystéralgique.

Je ne crois pas, tant s'en faut, avoir décrit toutes les nuances de la dysménorrhée; mais j'ai insisté sur les points principaux, auxquels les nuances très-variées, que chacun pourra observer dans la pratique particulière, seront facilement ajoutées.

Marche; durée; terminaison. La dysménorrhée est ordinairement continue, et présente une marche croissante; c'est-à-dire que, quelques jours avant les règles, les femmes qui y sont sujettes commencent à s'apercevoir, à un malaise particulier, que leur éruption se prépare. Puis le malaise augmente, les douleurs et les autres symptômes s'y joignent, et ils arrivent à leur summum au moment où le sang va se montrer.

La *durée* de la dysménorrhée est, comme je l'ai dit plus haut, de deux ou trois jours. Quelquefois néanmoins elle se prolonge davantage, et dans certains cas on ne la voit durer que quelques heures. Quant à la *terminaison* elle est toujours heureuse; mais, ainsi que nous l'avons vu, l'apparition des premières gouttes de sang ne fait pas toujours disparaître les douleurs. Je n'ai trouvé aucune observation dans laquelle ces douleurs aient persisté après les règles. Il est des cas sans doute où il reste un état de souffrance de l'utérus, mais cette souffrance est causée, soit par une névralgie, soit par une maladie organique que la dysménorrhée était venue exaspérer.

Je n'ai pas besoin de dire quelles sont les *lésions anatomiques* qu'on trouve dans la dysménorrhée par engorgement sanguin et par lésion organique ; elles n'appartiennent pas à la dysménorrhée elle-même. Quant à celles qui sont causées par un caillot ou une fausse membrane, ce sont ces corps étrangers eux-mêmes qui, avec un certain degré d'engorgement, constituent les altérations anatomiques. Reste donc la dysménorrhée hystéralgique; mais on n'a pas pu faire de recherches anatomiques sur ce point, et si nous nous rappelons l'état d'intégrité dans lequel une exploration attentive a trouvé l'utérus dans les cas les plus intenses, nous sommes portés à admettre que ces recherches, si elles avaient pu être faites, n'auraient conduit à aucun résultat important.

Diagnostic. Le diagnostic de la dysménorrhée ne présente ordinairement aucune difficulté. La coïncidence des douleurs avec l'approche de l'époque menstruelle, leur disparition lorsque les règles sont établies ou ont suffisamment coulé, leur retour à une époque suivante, font cesser tous les doutes.

Cependant on a cité, comme pouvant être confondu avec la dysménorrhée, l'état douloureux qui résulte de la *fluxion hémorrhoïdaire.* Les douleurs, dans les deux cas, occupent le bassin et peuvent s'irradier au loin, et les symptômes généraux sont à très-peu près les mêmes. Mais la turgescence douloureuse des glandes mammaires n'a pas lieu dans la fluxion hémorrhoïdaire, qui fréquemment a pu, en se montrant hors de l'époque des règles, fixer l'attention du médecin, et, dans tous les cas, l'examen du rectum qu'il faut faire dès qu'il s'élève le moindre doute, lève toutes les difficultés.

Ce que le médecin est surtout intéressé à rechercher avec soin, parce qu'il peut en tirer des conclusions très-utiles pour le traitement, c'est *la condition organique* dans laquelle s'est produite la dysménorrhée. Or je dois renvoyer, sous ce rapport, aux divers articles particuliers qui concernent les états morbides auxquels se rattache la dysménorrhée, tels que la congestion sanguine et les maladies organiques. Si aucun de ces signes n'existe, si, à l'aide du toucher par le vagin et par le rectum, on constate l'intégrité de la matrice, il est évident qu'on a affaire à cette espèce appelée dysménorrhée hystéralgique. Je n'ai pas, par conséquent, à présenter de tableau pour ce diagnostic si simple.

Pronostic. Le pronostic ne saurait être grave, en ce sens que les jours de la malade ne sont pas compromis. Dans certains cas de dysménorrhée symptomatique, il est certain que les femmes sont en danger, mais ce n'est évidemment pas à la dysménorrhée elle-même qu'il faut attribuer ce danger, même en partie. On ne peut pas dire, d'un autre côté, que le pronostic ne présente jamais un côté sérieux. Il est, en effet, des dysménorrhées très-rebelles, et qui peuvent être pendant de longues années une source d'incommodités très-grandes pour les femmes. Je vais revenir sur ce point en parlant du traitement.

Traitement. Pour exposer méthodiquement le traitement de la dysménorrhée, il faut de toute nécessité tenir compte de la division établie plus haut.

1°. S'il s'agit d'une *dysménorrhée par engorgement sanguin*, il faut recourir au traitement indiqué à l'article *Congestion utérine* (*voy.* pag. 277), en in-

sistant beaucoup sur les *émissions sanguines locales*, sur les *émolliens*, les *bains* et les *narcotiques*, à la tête desquels il faut placer l'*opium*. Les *lavemens laudanisés* donnés *froids* constituent, en pareil cas, un des moyens les plus efficaces qu'on puisse employer.

C'est surtout dans cette dysménorrhée que M. Lisfranc conseille avec instance de *petites saignées révulsives*, un peu avant chaque époque menstruelle. Après avoir bien précisé l'époque du retour des règles, et avoir noté combien de jours avant leur apparition durent ordinairement les symptômes de la dysménorrhée, on pratique, un ou deux jours avant que ces symptômes ne viennent à apparaître ou pendant qu'ils existent si l'on a été appelé trop tard, une petite saignée de 100, 120, 130 grammes, qu'on renouvelle ensuite aux époques menstruelles suivantes, jusqu'à complète guérison. M. Gendrin, qui a mis maintes fois en pratique cette médication, et notamment dans le cas que j'ai cité plus haut, lui attribue de nombreux succès.

C'est dans le même but que la médication dérivative a été mise en usage; que les uns conseillent, avec Sennert et Stahl, la *saignée du pied*, un petit nombre de *sangsues* (deux, trois ou quatre, rarement plus), aux cuisses, aux aines, au périnée, et les autres, simplement des *pédiluves sinapisés*, l'*exposition du siége à la vapeur de* l'*eau bouillante*, des *ventouses sèches* autour du bassin, en un mot, les moyens qui paraissent les plus propres à provoquer l'éruption du sang en le faisant affluer vers l'utérus. Il est des cas, en effet, où, bien que ce soit la fluxion qui produise les accidens, un effort de plus suffit

pour déterminer le suintement sanguin et le soulagement qui en est la suite ordinaire.

En pareil cas, on propose encore de mettre en usage de *légers emménagogues.* Mme Boivin et Dugès recommandent en particulier l'*aloès* et l'*armoise.* On peut prescrire le premier de la manière suivante :

♃	Aloës	0,60 grammes.
	Extrait de gentiane	0,30 grammes.
	Cannelle	0,10 grammes.

M. F. douze pilules.

A prendre une matin et soir.

Quant à l'*armoise*, on la prescrit en infusion suffisamment édulcorée, à la dose de 10 à 15 grammes par kilogramme d'eau.

Il est évident qu'on peut remplacer ces emménagogues par beaucoup d'autres ; cependant je n'insiste pas sur ce point, parce, que dans l'espèce de dysménorrhée dont il s'agit, il serait imprudent de recourir à de trop forts excitans de l'utérus. C'est au praticien à juger, d'après les symptômes, s'il doit insister sur cette médication ou l'abandonner. Dans tous les cas, les emménagogues violens ne doivent pas être employés.

2°. On comprend facilement que la dysménorrhée liée à une affection organique de l'utérus ne demande pas de traitement particulier. Les moyens doivent être choisis suivant qu'il y a congestion utérine ou simple trouble nerveux, et unis à ceux qu'on dirige contre l'affection organique. Quant à la dysménorrhée qui est liée à l'existence d'un *polype*, on peut par les moyens qui viennent d'être indiqués, ou par ceux qui vont être passés en revue, en calmer plus

ou moins les symptômes ; mais on ne la fait cesser que par l'extirpation de la production morbide.

3°. La dysménorrhée produite par la formation d'un caillot ou d'une fausse membrane ne peut cesser, lorsqu'elle s'est produite, que par l'expulsion ou l'*extraction* de ces corps étrangers ; mais on peut se demander s'il n'y aurait aucun moyen de prévenir leur formation et d'épargner aux femmes les accidens quelquefois si violens qui précèdent leurs règles. Les auteurs n'ont malheureusement pas fixé leur attention sur ce point important.

L'idée qui se présente d'abord à l'esprit, c'est qu'en pareil cas le sang a une plasticité anormale ; la formation si prompte et si facile des caillots, et la présence si insolite de fausses membranes fibrineuses, ne paraissent guère possibles sans cette condition. Aussi, dans le cas qui a été soumis à mon observation et que j'ai cité plus haut, avais-je pensé qu'il serait utile de pratiquer de petites saignées de 80 à 100 grammes deux ou trois jours avant l'époque menstruelle, de faire prendre dans l'intervalle des règles sept ou huit *bains alcalins*, de prescrire à l'intérieur le *carbonate de soude* à la dose de 7 à 8 grammes par jour, en trois doses, dans un demi-verre d'eau sucré, et enfin de conseiller une tisane d'*orge et de chiendent*, avec 0,75 grammes de nitrate de potasse. Cette médication n'empêchait pas l'emploi des *narcotiques* et des *antispasmodiques* à l'apparition des douleurs. Malheureusement il ne m'a pas été permis de suivre l'emploi de ces moyens et d'en constater les résultats. Je les livre à l'appréciation des praticiens qui auront l'occasion d'observer des cas semblables. Les *émolliens*

et les *adoucissans* ne sont, du reste, pas moins nécessaires dans ces cas que dans les précédens.

4°. La dysménorrhée hystéralgique ou hystéralgie cataméniale est celle qu'on a traitée par le plus grand nombre de moyens. Ceux qui se sont présentés tout d'abord, et qu'on a le plus fréquemment prescrits, sont les antispasmodiques.

Antispasmodiques. Les principaux antispasmodiques mis en usage sont le *camphre*, l'*assa-fœtida*, le *musc* et le *castoreum*. Ces substances ont été diversement associées entre elles ou avec d'autres, et il n'est pas de médecin qui ne sache convenablement les manier. Je me bornerai donc à indiquer seulement quelques préparations qui jouissent d'une réputation assez grande dans le traitement des accidens qui nous occupent.

L'*assa-fœtida* peut être ingérée dans l'estomac sous forme de potion ou de teinture. La préparation suivante est assez usitée dans la dysménorrhée :

℞ Assa fœtida	1,25	grammes.
Liqueur de corne de cerf succinée	30	grammes.

Faites une solution parfaite.

A prendre de dix à vingt gouttes dans un verre d'eau, deux ou trois fois par jour.

On donne plus fréquemment encore cette substance en *lavement*, à cause de sa saveur et de son odeur repoussantes.

La formule suivante, dans laquelle le *camphre* est la substance principale, a été vivement conseillée par Dewees :

℞ Camphre	1,25	grammes.
Gomme arabique	4	grammes.
Sucre		Q. S.
Eau de cannelle	30	grammes.

A prendre en deux fois dans la journée.

On sait que le *camphre* se donne très-souvent aussi dans un quart ou un demi-lavement, et délayé dans un jaune d'œuf. J'indiquerai plus loin celui que conseille M. Lisfranc, et qui contient, outre le camphre, une certaine quantité de *laudanum*.

Il n'est assurément pas de médicament qui ait joui d'une plus grande réputation contre les affections utérines et contre la dysménorrhée en particulier, que le *castoréum*, aujourd'hui assez négligé. Il fait partie d'une multitude de préparations dont quelques-unes sont remarquables par la grande quantité de substances qu'elles renferment. Je me bornerai à citer la suivante, dans laquelle entrent l'*éther* et une *substance ammoniacale*, et qui peut être prescrite dans le plus grand nombre des cas :

℞ Teinture de castoréum	ãã	10 grammes.
Esprit de corne de cerf		
Éther sulfurique		4 grammes.

A prendre trente à quarante gouttes dans une tasse d'infusion de camomille.

Je pourrais citer encore des préparations analogues dans lesquelles entre le *musc;* mais, je le répète, on les trouvera avec trop de facilité pour qu'il soit réellement utile de les consigner ici. Je dois cependant faire une mention spéciale de l'*éther*, qui est d'une utilité incontestable et du plus grand

usage. Il suffit de prescrire une *potion éthérée* ordinaire.

Narcotiques. Les narcotiques sont indiqués dans la dysménorrhée hystéralgique bien plus encore que dans celle qui reconnaît pour cause un engorgement sanguin. L'*opium* est celui qu'on emploie le plus fréquemment. M. Pigeaux a réuni l'opium au camphre, sous le nom de *pilules contre la dysménorrhée*, dans la formule suivante :

℞	Opium brut........................	0,05 grammes.
	Camphre...........................	0,50 grammes.

M. Faites deux pilules. A prendre une matin et soir.

On peut ajouter, ainsi qu'il suit, le *castoréum* à ces substances :

℞	Poudre de castoréum...............	4 grammes.
	Camphre...........................	0,50 grammes.
	Extrait d'opium...................	0,05 grammes.
	Rob de sureau.....................	Q. S.

F. douze bols. A prendre deux toutes les six heures.

M. Lisfranc recommande le *lavement* suivant, qu'il faut prendre presque froid, et en se couchant, pour qu'il soit plus facilement conservé :

℞	Eau de guimauve...........	Q. S. pour un quart de lavem.
	Laudanum de Sydenham.....	4, 6, 8 gouttes et plus, suivant les cas.
	Camphre dissous dans un jaune d'œuf.................	de 0,05 à 0,10 grammes.

M. Continuer ce quart de lavement tant que durent les douleurs, et même dans l'intervalle des règles.

L'extrait de *belladone* et celui de *jusquiame* peuvent aussi être mis en usage; mais il suffit d'avoir bien

établi l'indication pour que le traitement devienne facile, et que de plus grands détails cessent d'être indispensables.

Excitans. De légers excitans ont été conseillés par beaucoup d'auteurs. MM. Trousseau et Pidoux (*Traité de Thér. et de Mat. médic.*, t. II, *passim*) insistent beaucoup sur leur utilité dans les cas de menstruation douloureuse et difficile, avec frissonnemens, pandiculations, spasmes divers, et surtout coliques utérines déchirantes (*loc. cit.*, p. 439). Les infusions de *menthe*, de *mélisse*, de *romarin*, de *lavande*, de *serpolet*, de *sauge*, etc., sont les moyens les plus simples et les plus efficaces à mettre en usage, lorsqu'on pense que cette légère excitation est nécessaire.

Soins hygiéniques. Enfin j'ajoute que, dans tous les cas de dysménorrhée, les malades doivent être maintenues dans le *repos*, et surtout éviter les excitations des organes génitaux. Quant au *régime*, il doit être doux et léger chez les femmes assez fortes, et tonique, suivant M. Lisfranc, chez les femmes débiles.

Résumé; ordonnances. J'ai passé en revue les principaux moyens dirigés contre la ménorrhagie. Pouvons-nous dire maintenant quelle est la valeur de cette médication? Il n'est pas douteux que, parmi les moyens que je viens d'indiquer, il n'y en ait un certain nombre dont une expérience répétée a démontré l'efficacité. Mais l'absence d'une méthode rigoureuse, dans l'appréciation des faits thérapeutiques, se fait sentir quand il s'agit du traitement de cette maladie, aussi bien que de tant d'autres. La tâche des observateurs qui se livreront à des recherches sur

ce point doit principalement consister à spécifier les moyens qui conviennent le mieux suivant des cas déterminés, et à débarrasser ce traitement d'une multitude d'agens thérapeutiques qui viennent le compliquer inutilement. En attendant, disons que, d'après l'expérience, ceux qui sont le plus utiles sont les émissions sanguines, quand il y a engorgement, les narcotiques et les antispasmodiques, lorsqu'on voit prédominer des troubles fonctionnels, consistant surtout en violentes douleurs.

PREMIÈRE ORDONNANCE.

Dans un cas où l'engorgement sanguin est évident.

1°. Boissons émollientes et délayantes.

2°. Une saignée générale dont on calcule l'abondance sur les forces de la malade. Si la dysménorrhée se produit à chaque époque menstruelle, tâcher de la prévenir par une de ces petites saignées auxquelles M. Lisfranc a donné le nom de *saignées spoliatives*.

3°. Application de 10, 12 à 15 sangsues sur l'hypogastre, les aines, les lombes.

4°. Bains simples ou émolliens.

5°. Une potion calmante; une pilule d'opium de trois, cinq centigrammes et plus par jour; un lavement à une température peu élevée, avec addition de huit à dix gouttes de laudanum de Sydenham.

6°. Dans certains cas où l'effort hémorrhagique est évident, légers emménagogues (*voy.* pag. 346), auxquels il faut promptement renoncer s'ils ne produisent pas d'effet.

7°. Régime doux et léger; repos dans la position horizontale.

DEUXIÈME ORDONNANCE.

Dans un cas où l'on ne trouve aucun engorgement, et où tout porte à croire que les accidens sont de nature nerveuse.

1°. Pour boisson, légère infusion de tilleul, de menthe, de romarin, etc., édulcorée avec le sirop de fleurs d'oranger.

2°. Opium, *ut suprà.*

3°. Un lavement presque froid, avec addition de six ou huit gouttes de laudanum de Sydenham, et de 10 centigrammes de camphre délayé dans un jaune d'œuf. Continuer ce traitement tant que les douleurs persistent.

4°. Autres antispasmodiques (*voy.* pag. 348 et suiv.).

5°. Régime fortifiant pour les femmes débiles (Lisfranc); doux et léger pour les autres. Repos.

J'ajoute que l'exploration des organes doit toujours être pratiquée, ce qui fournit des indications précieuses dans les cas où il s'est formé des caillots, des fausses membranes, et où il existe des lésions de l'utérus.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1°. *Dysménorrhée par engorgement sanguin.* Traitement de la congestion utérine; saignées révulsives ou spoliatives; dérivatifs; légers emménagogues.

2°. *Dysménorrhée symptomatique d'une affection organique.* N'offre rien de particulier sous le rapport du traitement.

3°. *Dysménorrhée par formation de caillots ou de fausses membranes.* Saignées spoliatives; alcalins à l'intérieur et à l'extérieur; narcotiques; antispasmodiques.

4°. *Dysménorrhée hystéralgique.* Antispasmodiques; narcotiques; légers excitans; soins hygiéniques.

ARTICLE IV.

AMÉNORRHÉE.

J'ai exposé dans l'article précédent les motifs qui m'ont engagé à distinguer avec soin la dysménorrhée de l'aménorrhée. Nous verrons dans le cours de celui-ci qu'il n'est pas très-rare de voir la difficulté des règles coïncider avec leur diminution, ce qui est un cas particulier d'aménorrhée ; mais alors il y a réunion des deux affections, et la distinction n'en est pas moins juste.

Dès les premiers temps de la médecine, l'aménorrhée a fixé l'attention des observateurs, et l'on a signalé quelques-unes des circonstances capitales dans lesquelles elle se manifeste ; mais ce n'est que par la suite, et surtout à des époques rapprochées de nous, qu'on a bien établi toutes les conditions de sa production. Il résulte des recherches nombreuses que nous possédons sur ce sujet, que la diminution, la suppression ou l'absence des règles est sous la dépendance d'un grand nombre d'états morbides, et que, sauf la suppression subite par cause extérieure, il n'est guère d'aménorrhée qu'on puisse considérer comme idiopathique. C'est pourquoi je pense qu'il est très-important pour la pratique de simplifier la description de cette maladie, et de la borner presque entièrement à ces cas de suppression ; quant à ceux où, suivant quelques auteurs, il n'existe autre chose qu'un engorgement utérin ou tout autre état morbide qui met obstacle à l'éruption des règles, c'est dans ces derniers qu'on observe des signes de dysménorrhée.

En y réfléchissant, on voit que cette manière d'envisager la question, loin d'avoir des inconvéniens au point de vue thérapeutique, a les plus grands avantages; car, à quoi servirait de décrire l'aménorrhée consécutive à d'autres affections, aux maladies chroniques, par exemple, si ce n'est à donner une importance fâcheuse à un simple symptôme, et à faire croire qu'il est de quelque utilité de donner des emménagogues et d'agir sur l'utérus, lorsque ces moyens ne peuvent rien contre un état morbide dépendant d'une affection plus ou moins grave, sur laquelle l'attention doit être fixée? A quoi servirait, par exemple, de s'appesantir sur l'aménorrhée des femmes tuberculeuses, chlorotiques, cancéreuses, quand il est démontré que chez elles il n'y a aucune utilité à chercher à rappeler les règles, et qu'on les fatiguerait vainement par des tentatives inconsidérées? Mon sujet étant ainsi circonscrit, je vais présenter la description de cette maladie.

Définition; synonymie; fréquence. Presque tous les auteurs s'accordent à donner le nom d'aménorrhée à l'absence, à la suppression ou à la simple diminution des règles. Cette définition doit être admise; rappelons-nous seulement que dans cet article nous ne nous occupons spécialement que de l'aménorrhée idiopathique.

Cette maladie a reçu encore les noms de *defectus menstruorum*, *suppressio menstruum*, *amenorrhœa*, *menostasia*. Dans les limites que nous lui avons posées, elle ne peut pas être regardée comme très-fréquente, tandis que si on la considère d'une manière générale, c'est un des états morbides qui se montrent le plus souvent.

Causes. 1°. *Causes prédisposantes.* Ayant presque entièrement exclu de cette description l'aménorrhée symptomatique, j'ai peu de choses à dire des causes prédisposantes, qui d'ailleurs sont peu connues. Dans les espèces qui nous restent, la cause occasionnelle est, en effet, presque toujours suffisante pour produire la suspension de la menstruation.

Les recherches de M. Marc D'Espine (*Arch. gén. de Méd.*) et de M. Brierre de Boismont, ont prouvé que la *leucorrhée* retarde parfois notablement l'apparition des règles. On peut, à la rigueur, regarder ce retard comme une aménorrhée passagère, d'autant plus que ce n'est pas sans un certain nombre de symptômes qu'il a lieu dans beaucoup de cas.

L'*abus du coït* est une cause qui peut être regardée à la fois comme prédisposante et comme occasionnelle. Parent Duchâtelet (*de la Prost. dans la ville de Paris*) a vu, dans ses relevés, que les filles publiques étaient sujettes à des alternatives d'aménorrhée et de métrorrhagie auxquelles on ne pouvait pas attribuer d'autre cause.

Enfin on a dit que l'aménorrhée est plus fréquente dans les villes que dans les campagnes; mais il faut reconnaître que c'est principalement à l'aménorrhée symptomatique que s'applique cette observation.

On voit que je ne parle ni du tempérament lymphatique et scrophuleux, ni du tempérament nerveux, ni de l'habitation dans les lieux humides, de la mauvaise nouriture etc., etc.; ces causes n'agissent, en effet, qu'en détériorant la constitution, en altérant le sang, en produisant des maladies chroniques, et, en pareil cas, l'aménorrhée n'est qu'un épiphéno-

mène qui ne mérite pas d'être considéré comme une maladie particulière.

2°: *Causes occasionnelles.* Personne n'a mieux recherché les causes occasionnelles de l'aménorrhée par suppression, que M. Brierre de Boismont, aussi vais-je lui emprunter en grande partie les détails suivans : « On peut, dit-il (*loc. cit.* p. 302), réduire à trois chefs l'ordre suivant lequel se manifeste cette aménorrhée. Les causes sont *physiques, morales, inconnues.* Voici, dans les 190 observations que nous avons recueillies, comment les faits sont divisés :

« Causes physiques	68.
« —— morales	92.
« —— inconnues	30.

« De toutes les causes physiques, la plus fréquente est l'*action du froid.* Les règles s'arrêtent par l'immersion des pieds, des mains, du corps, *dans l'eau froide*..... La suppression d'un vêtement habituel, le *refroidissement lorsqu'on est en sueur*, déterminent cet accident. La *suppression de la sueur des pieds* a produit plusieurs fois l'aménorrhée. Cette cause a été indiquée par le docteur Mondière, dans le Mémoire qu'il a publié sur cet intéressant sujet.

« Les *coups*, les *chutes*, les *travaux*, les *indigestions*, les *fatigues*, l'*abus des médicamens*, sont encore au nombre des causes que nous avons observées; mais leur action est bien plus circonscrite. Il y a des femmes chez lesquelles *l'usage des garnitures* amène la suppression des règles.....

« Les *causes morales* sont peut-être plus nombreuses que les précédentes. La peur, la frayeur, les grandes émotions, la colère, sont celles qui agissent

le plus ordinairement. Les *passions* entraînent aussi très-souvent l'aménorrhée. Stahl (*theor. Medic. vera*, pars. XIX, p. 588) est d'avis que l'aménorrhée produite par les causes morales, et surtout par la *peur*, est une des plus fréquentes. »

On regrettera sans doute que M. Brierre de Boismont n'ait pas continué dans cette exposition l'analyse numérique qu'il avait commencée, il aurait donné un bien plus grand intérêt à cette étiologie.

Je n'ai pas parlé de l'absence ou des vices de conformation de l'utérus, parce que ces circonstances, intéressantes pour le physiologiste, le sont très-peu pour le praticien.

On a vu que, dans un nombre assez considérable de cas, l'aménorrhée a lieu sans cause appréciable. Ces cas sont ceux dans lesquels on n'observe d'abord qu'une simple diminution du flux menstruel, portant soit sur son abondance, soit sur sa durée, soit, ce qui est plus ordinaire, sur l'une et l'autre à la fois. Enfin on a cité des cas où les règles ne se sont jamais établies.

Il résulte de ce qui vient d'être dit que la cause habituelle de l'aménorrhée, dont je m'occupe dans cet article, produit ordinairement une suppression subite des menstrues.

Une remarque qu'il importe de faire à ce sujet, c'est que l'on ne peut regarder comme des aménorrhées réelles que les cas où les règles, après s'être supprimées dans le cours d'une époque menstruelle, ne se reproduisent pas à une ou plusieurs des époques suivantes. S'il en était autrement, il n'y aurait qu'une suppression dont l'importance serait beaucoup moins grande.

Je n'ai pas parlé d'une cause qui néanmoins a été signalée par tout les auteurs, je veux dire l'occlusion du col, ou l'imperforation du vagin. Mais, en pareil cas, il n'y a réellement pas aménorrhée; c'est une *rétention des règles* due à un obstacle mécanique, et qui est entièrement du domaine de la chirurgie.

Symptômes. Il faut avoir égard, dans la description des symptômes : 1° aux phénomènes qui surviennent immédiatement après la suppression des menstrues; 2° à ceux qui se produisent lorsque le flux menstruel ne se reproduit pas, et 3° à ceux qui accompagnent la diminution graduelle de l'hémorrhagie mensuelle.

1°. Il n'est pas très-rare de voir une suppression subite des règles avoir lieu sans qu'il survienne des symptômes notables. J'ai vu des cas de ce genre, et à la Société médicale d'Observation j'ai entendu le récit de plusieurs faits dans lesquels cette suppression n'a eu aucun résultat fâcheux.

Dans les cas ordinaires, on observe au contraire des phénomènes marqués. On lit dans les auteurs un grand nombre d'observations où se trouvent consignés ces divers symptômes; malheureusement les cas ne sont pas suffisamment spécifiés, et l'on voit rassemblés pêle-mêle des engorgemens de l'utérus, des inflammations de cet organe, des aménorrhées survenues dans la chlorose, dans l'anémie; en sorte qu'il est fort difficile de décider ce qui appartient en propre à l'aménorrhée.

Les symptômes le plus généralement observés sont les suivans : *Douleurs* lancinantes du bassin, s'irradiant plus ou moins loin, comme dans la dys-

ménorrhée; pesanteur vers le périnée, coliques utérines; malaise général, inquiétude, lassitude, pandiculations, horripilations, vertiges, troubles de la vue, accès d'hystérie, tristesse, pesanteur de tête, dégoût pour les alimens, digestions difficiles, flatuosités.

Si nous jetons un coup d'œil critique sur ce tableau, nous voyons tout d'abord combien il est peu satisfaisant pour l'esprit, et combien il serait nécessaire qu'un observateur attentif et sévère s'occupât de ce sujet intéressant. Les signes que je viens d'indiquer se rapportent si bien à l'engorgement utérin, que l'on comprend comment les auteurs qui, comme M. Duparcque, ont fixé leur attention sur les lésions organiques, n'aient dit qu'un mot en passant de l'aménorrhée, et n'aient pas cru devoir la considérer à part.

Il est ordinaire de voir, après le temps nécessaire pour l'accomplissement de la fonction menstruelle, les symptômes qui viennent d'être indiqués se calmer, sinon disparaître entièrement. Lorsqu'ils persistent à un certain degré, ils consistent dans le malaise et la faiblesse dont je viens de parler, et souvent dans une tuméfaction du ventre, avec sonorité, ou, en d'autres termes, en un ballonnement plus ou moins considérable, qui a cela de remarquable, qu'à certains momens il disparaît tout à coup ou très-rapidement, pour se reproduire ordinairement au bout d'un temps plus ou moins long.

2°. A l'époque menstruelle suivante, on voit le plus souvent se reproduire les phénomènes qui ont suivi la suppression, et, de plus, certains phénomènes sym-

pathiques qui annoncent l'éruption des règles : le gonflement des mamelles, par exemple. Puis ces symptômes s'apaisent de nouveau, pour se montrer encore un plus ou moins grand nombre de fois aux époques suivantes. Il n'est pas très-rare cependant de voir l'époque menstruelle, qui vient après la suppression, se passer sans aucun phénomène, et l'aménorrhée s'établir sans autre accident. Dans un plus grand nombre de cas, ce n'est qu'après plusieurs époques que l'aménorrhée existe ainsi sans autre signe que la suppression de l'hémorrhagie périodique.

3°. Quant à l'aménorrhée qui survient progressivement et qui se manifeste, souvent sans cause appréciable, par une diminution de plus en plus considérable du flux menstruel, elle peut avoir lieu sans autre signe remarquable, comme aussi elle peut présenter à un degré variable les symptômes dysménorrhéiques qui viennent d'être passés en revue.

Je ne peux m'empêcher de faire remarquer encore ici que de nouvelles recherches sont indispensables pour nous apprendre quels sont, dans les cas qui viennent d'être indiqués, les symptômes propres à l'aménorrhée et ceux qui appartiennent à d'autres affections dans lesquelles se produit la suppression des menstrues ; car on n'a pas eu toujours soin, je le répète, de distinguer les cas simples des cas compliqués.

Lorsque l'aménorrhée est établie depuis un certain temps, on peut, comme je l'ai déjà dit, n'observer aucun symptôme, toutes les fonctions, sauf l'écoulement menstruel, se faisant normalement. On a même cité des cas où les règles ne se sont ja-

mais montrées, et où il n'y a eu aucune altération de la santé.

Mais ordinairement les femmes accusent un état maladif plus ou moins intense. Si la suppression est complète, ce sont surtout les phénomènes généraux qui attirent l'attention. La malade est affaiblie, dans un état de langueur notable, et elle présente les signes que nous avons décrits aux articles *Anémie* et *Chlorose*. Peut-on attribuer, en pareil cas, l'apparition de l'anémie à l'aménorrhée? Cette question paraît d'une solution bien facile au premier abord; mais si on examine attentivement les faits, on voit qu'il n'en est rien. C'est ici le lieu de rappeler ce que je disais dans l'article consacré à la chlorose (t. III, p. 518). Je m'exprimais ainsi : « Quand on voit une aménorrhée succéder à une *frayeur*, et quelque temps après les signes de la chlorose se manifester, on est naturellement porté à croire que la suspension des règles est la cause déterminante qui nous occupe. Mais si on considère que la chlorose est loin de suivre toujours l'aménorrhée accidentelle, et que, dans les cas même où cette succession a lieu, les signes de l'altération du sang peuvent disparaître assez longtemps avant l'aménorrhée, on est déjà plus réservé dans son jugement, et bientôt les motifs de doute indiqués plus haut (p. 517) se présentent à l'esprit. » Ne pourrait-on pas admettre que, dans les cas où les choses se passent de cette manière, un certain état chlorotique avait été la cause prédisposante sous l'influence de laquelle la cause occasionnelle a produit la maladie? Ce n'est pas là une supposition gratuite. Ce qui le prouve, c'est que cette cause occasionnelle est loin

d'agir avec la même efficacité dans toutes les conditions où peuvent se trouver les femmes, et que, comme je le disais plus haut, la production de l'anémie et de la chlorose n'a lieu, à la suite de la suppression, que chez un certain nombre de sujets. Je n'ai pas, au reste, la prétention de résoudre toutes ces difficultés; je les indique, pour que les observateurs cherchent à les surmonter.

Une des suites les plus curieuses de l'aménorrhée idiopathique est, sans contredit, l'*hypertrophie de tous les tissus*. Dans ces dernières années, on en a observé deux cas très-remarquables à l'Hôtel-Dieu. M. Brierre de Boismont en a publié l'histoire (obs. 104 et 105, *loc. cit.*). Dans ces deux cas, il y eut suppression subite des menstrues, par suite d'une vive émotion morale. Tout le corps avait pris un développement énorme, surtout chez la première malade (la nommée Marianne, qui est restée plusieurs années à l'Hôtel-Dieu). On observait en même temps des phénomènes nerveux, et il y avait eu des accidens multipliés aux époques menstruelles qui avaient suivi la suppression.

On a cité encore, comme résultant de l'aménorrhée, divers états morbides qui sont plus curieux qu'utiles à connaître pour la pratique. Je me bornerai par conséquent à signaler la *coloration bleue du corps* (*voy.* Brierre de Boismont, *loc. cit.*, p. 221); la *couleur noire de la peau* (*Journ. de Corvisart*, t. V); des *douleurs ostéocopes* qui résistent au traitement mercuriel (cas observé par M. Gendrin).

Des conséquences plus graves, également signalées par M. Brierre de Boismont, qui a réuni sur ce point les faits les plus intéressans publiés par

les auteurs, peuvent résulter de l'aménorrhée. Ce sont diverses *maladies mentales :* manie, lypémanie, etc.; ou encore l'*hydrophobie*, et enfin des *névroses* très-variées. Il est vrai qu'on peut se demander si quelquefois on n'a pas regardé comme s'étant produites mutuellement des affections qui étaient toutes les deux sous la dépendance d'une cause générale incomplétement recherchée; mais n'y eût-il qu'un très-petit nombre de faits dans lesquels le doute ne soit pas possible, le praticien doit toujours avoir présente à l'esprit la possibilité de ce rapport entre l'aliénation mentale et l'aménorrhée, car rien n'est plus important pour la thérapeutique. J'insiste sur ce point, parce que les hommes qui se sont occupés avec le plus de succès de l'aliénation mentale, et notamment Esquirol, ont accordé une grande influence aux maladies de l'utérus sur les troubles de l'intelligence.

Marche; durée; terminaison. Nous avons vu que l'aménorrhée qui s'établit après une suppression ne présente pas ordinairement cette progression qu'on observe dans celle qui se produit spontanément. Cependant il est quelques cas où il en est ainsi. A la première époque après la suppression, l'effort menstruel que nous avons vu exister ordinairement, peut être suivi de l'expulsion d'une certaine quantité de sang qui diminue ensuite à chaque nouvelle époque, jusqu'à ce que l'aménorrhée soit complète. Quelquefois on n'observe que cette simple diminution. On voit parfois, et c'est ce que l'on a constaté principalement chez les filles publiques, une aménorrhée de courte durée (deux, trois ou quatre mois) être suivie d'une véritable ménorrhagie, puis

se reproduire pour se terminer encore par le même accident.

La *durée* de l'aménorrhée ne peut être limitée. On peut dire d'une manière générale que celle qui s'établit brusquement, par suppression, dure moins longtemps, surtout sous l'influence d'un traitement approprié, que celle qui s'est manifestée lentement et sans cause appréciable; mais il y a de nombreuses exceptions à cette règle.

Il est assez rare de voir l'aménorrhée, et surtout celle qui a suivi une suppression des règles, se prolonger pendant toute la vie. Le plus souvent, soit spontanément, soit, ce qui est bien plus ordinaire, sous l'influence d'un traitement actif, les règles se rétablissent, et, comme nous l'avons vu plus haut, on a quelquefois à craindre que ce rétablissement ait lieu par une ménorrhagie. On a dit que l'aménorrhée pouvait se terminer par une maladie organique de l'utérus; mais l'étude des faits est loin de conduire à cette conclusion. Si l'on examine attentivement les observations, on voit que déjà des signes de la maladie organique existaient lorsque l'aménorrhée s'est produite, et que ce trouble fonctionnel n'est que le résultat de l'altération de l'organe.

Il n'est point de *lésion anatomique* qu'on puisse attribuer en propre à l'aménorrhée. Sans doute, chez les femmes qui succombent après l'avoir présentée, on trouve ordinairement des lésions importantes, soit du sang, soit de l'utérus, soit d'autres organes; mais ce sont là les traces de la maladie sous la dépendance de laquelle s'est produite l'aménorrhée, et non de l'aménorrhée elle-même; ce qui le prouve, c'est que,

chez des femmes qui n'ont jamais été réglées, et même chez certaines qui ont vu disparaître leur flux menstruel établi depuis un temps plus ou moins long, on peut très-bien ne trouver aucune lésion, de quelque espèce que ce soit, qui ait le moindre rapport à l'aménorrhée. M. Vigla a communiqué à M. Brierre de Boismont l'observation d'une femme de cinquante ans qui n'avait jamais été réglée, et qui ne présentait pour toute lésion qu'un petit kyste de l'ovaire droit, bien insuffisant pour expliquer l'aménorrhée.

Diagnostic ; pronostic. Rien n'est plus facile que le diagnostic de l'aménorrhée, si on le considère d'une manière générale. Une diminution notable de la quantité du sang, se montrant à un certain nombre d'époques menstruelles, ou bien une suppression complète du flux périodique, telle est, en effet, la maladie. On ne pourrait, sous ce rapport, trouver de confusion possible qu'avec la dysménorrhée, qui s'accompagne assez souvent de la diminution du flux menstruel; mais une pareille difficulté ne saurait longtemps arrêter le médecin. Il suffit, en effet, de se rappeler qu'en pareil cas il y a réunion des deux affections, et tout embarras cesse aussitôt; de cette manière, on a trois états distincts : 1° les troubles nerveux, les douleurs vives, etc., accompagnant une menstruation suffisamment abondante : c'est la *dysménorrhée simple ;* 2° ces mêmes accidens survenant dans le cours de menstrues notablement diminuées : c'est l'*aménorrhée compliquée de dysménorrhée ;* 3° la diminution du flux menstruel sans accidens nerveux ou congestionnels notables : c'est l'*aménorrhée simple,* qui se produit assez souvent sans cause appréciable.

Quant à l'*aménorrhée complète*, aucun doute ne peut s'élever sur elle. Or les trois états que je viens d'indiquer se distinguent facilement l'un de l'autre.

Mais la partie la plus importante du diagnostic est celle qui consiste à établir si l'aménorrhée est simple, idiopathique, ou si elle est sous la dépendance d'un état morbide ordinairement fort grave. Pour arriver à ce diagnostic, il faut se rappeler quels sont les états morbides dans lesquels la fonction menstruelle diminue d'activité ou cesse complétement de se faire. Or, nous trouvons d'abord les diverses affections chroniques, et surtout la phthisie et le cancer dans d'autres organes que l'utérus; puis la chlorose et l'anémie, résultant des causes diverses qui ont été indiquées aux articles consacrés à ces affections; puis les maladies de l'utérus, l'absence de cet organe, son atrophie, etc. On comprend qu'il serait beaucoup trop long d'indiquer comment les choses se passent dans ces divers cas. Le praticien se le rappellera d'ailleurs parfaitement, et il serait facile, dans tous les cas, de recourir aux descriptions des maladies que je viens d'énumérer. Il est par conséquent inutile d'insister davantage sur ce diagnostic.

Traitement. L'élimination que j'ai faite plus haut d'un certain nombre d'espèces d'aménorrhée décrites dans les articles généraux, sans aucune utilité pratique, nous permettra de présenter le traitement d'une manière plus succincte, sans lui rien faire perdre de sa valeur. Il est un certain nombre de circonstances capitales auxquelles il faut avoir égard quand il s'agit d'instituer ce traitement : 1° on peut être appelé pour une suppression récente qui donne

lieu à quelques-uns des accidens signalés plus haut; 2° on a à traiter une aménorrhée à la suite de suppression ou survenue spontanément, qui donne lieu, aux époques menstruelles, à des troubles nerveux plus ou moins violens, ou à une certaine congestion résultant de l'effort hémorrhagique arrêté; 3° il s'agit seulement de rétablir les règles supprimées ou notablement diminuées, sans qu'aucun effort hémorrhagique se manifeste; 4° enfin on peut avoir à traiter ces divers états morbides que nous avons vus suivre l'aménorrhée, tels que les névroses, l'anémie etc. Passons en revue ces divers cas, au point de vue du traitement.

1°. *Traitement des accidens qui suivent de près la suppression.* Lorsque immédiatement ou peu de temps après une suppression, il survient, ce qui est le cas le plus ordinaire, des accidens que j'ai fait connaître dans la description des symptômes, on doit d'abord, à l'aide de l'exploration directe, rechercher s'il y a engorgement de l'utérus. Si cette lésion existe, et c'est ce qu'on observe le plus souvent, on doit mettre en usage le traitement conseillé contre la *congestion sanguine de l'utérus* (*voy.* page 277), et de plus quelques moyens particuliers. Ainsi l'on prescrira des *pédiluves sinapisés;* on fera exposer le siége de la malade à la vapeur de l'eau bouillante; on promènera des sinapismes sur les cuisses, des *ventouses* sèches dans le même point. On appliquera aux grandes lèvres, à l'anus, un petit nombre de *sangsues* (deux, trois ou quatre); en un mot, on mettra en usage les moyens recommandés pour ramener le sang vers l'utérus en assez grande abondance pour le faire couler.

Il ne faudrait pas néanmoins insister trop long-temps sur ces moyens, s'ils n'étaient pas suivis d'effet, car on courrait risque d'augmenter inutilement la congestion utérine; il ne faudrait pas davantage y avoir recours si on était appelé à une époque trop éloignée à la fois du moment de la suppression et de l'époque menstruelle suivante; car on n'aurait aucun espoir fondé de faire reparaître les règles. Il vaut mieux, en pareil cas, recourir à des émissions sanguines plus abondantes, aux émolliens, aux narcotiques et aux antispasmodiques, pour faire cesser les accidens, attendant, pour agir dans le but de rétablir les menstrues, que la nouvelle époque menstruelle soit proche.

Je n'ai pas à insister sur les moyens que je viens d'indiquer, car si on y réfléchit, on verra qu'ils ne diffèrent pas de ceux qui sont mis en usage dans la congestion utérine et dans la dysménorrhée. Je dirai seulement que dans les cas où la suppression a été causée par l'impression du froid ou par la suppression d'une transpiration locale, on met en usage quelques moyens particuliers que je vais indiquer.

Lorsque les règles se sont supprimées par suite de l'impression vive du froid sur tout le corps, de l'immersion dans l'eau etc., les *sudorifiques* et les *excitans* diffusibles sont spécialement recommandés. On prescrit l'*infusion* de *bourrache*, de *sureau*, de *menthe*, de *sauge*, de *romarin* etc.; les préparations où entre *l'acétate d'ammoniaque*; *l'éther*; des *fumigations aromatiques* générales ou partielles. On entoure la malade de *vêtemens chauds*, et plusieurs médecins recommandent de prescrire un *exercice assez actif*, si les forces le permettent, et si le malaise, l'agita-

tion, parfois un léger mouvement fébrile ne viennent pas s'y opposer. Le rappel d'une transpiration locale supprimée se fait en entourant la partie de flanelle et de taffetas gommé, suivant la manière d'agir indiquée par M. Mondière pour reproduire la transpiration des pieds. On peut en voir les détails à l'article *Épistaxis* (t. Ier).

2°. *Traitement de la suppression plus ou moins ancienne, avec symptômes de congestion au moment des règles.* Le même traitement est parfaitement applicable aux cas où, pendant les époques qui suivent la suppression, des symptômes généraux et locaux d'éruption menstruelle difficile viennent à se manifester. Comme l'on connaît ordinairement la manière dont les choses se sont passées aux époques précédentes, on n'est pas obligé d'attendre, pour mettre en œuvre les moyens qui constituent ce traitement, que les accidens se soient produits ou aient pris un grand accroissement; mais quatre, cinq, ou six jours avant l'époque où les règles devraient apparaître, on prescrit les *pédiluves*, l'*exposition du siége à la vapeur de l'eau bouillante*, les *sangsues en petit nombre*, les *narcotiques*, les *antipasmodiques*, en un mot, un certain nombre de médicamens que nous connaissons, choisis suivant la prédominance de tel ou tel symptôme.

Il faut, dans le cas particulier dont nous parlons, insister davantage sur les moyens propres à produire vers l'utérus un effort hémorrhagique. On mettra surtout en usage les légers *emménagogues* que je me borne à indiquer ici, parce que tout à l'heure je vais avoir à m'en occuper avec détail; et l'on aura recours à des topiques chauds sur les parties géni-

tales, à des *sinapismes* promenés sur les cuisses, ou encore à des *fumigations excitantes*, la suivante par exemple :

♃ Absinthe......................... Armoise incisée................	ââ	30 grammes.
Eau bouillante.................		1000 grammes.

Faites infuser.

Dirigez la vapeur vers les parties sexuelles.

3°. *Traitement de l'aménorrhée par atonie des organes génitaux.* Les moyens mis en usage dans le but de rendre plus abondantes les règles notablement diminuées, ou de les rétablir lorsquelles sont supprimées, sont sans contredit les plus nombreux, car dès longtemps les médecins, frappés de la nécessité d'entretenir l'écoulement menstruel, et des accidens si variés qui résultent de leur suppression, se sont efforcés d'enrichir la médication *emménagogue* dont nous allons nous occuper.

C'est surtout à l'aide de substances prises à l'intérieur qu'on cherche à rétablir les règles; mais parmi celles qu'ont recommandées les auteurs, il en est beaucoup qui s'adressent aux divers états morbides, dont nous avons vu plus haut la maladie qui nous occupe n'être souvent qu'un accident secondaire; or le même motif qui m'a fait jusqu'à présent éliminer ces états morbides, m'engage à le faire encore, lorsqu'il s'agit du traitement; car à quoi nous servirait de reproduire ici ce qui a été déjà dit avec de grands détails dans l'exposé des traitemens de la chlorose, de la phthisie pulmonaire, etc.? Il ne doit évidemment être question ici que des médicamens qui, dans l'opinion de tous les médecins, ont une action spéciale sur l'u-

térus, et doivent être employés dans les cas d'aménorrhée idiopathique, ou, suivant l'expression de quelques auteurs, d'aménorrhée *par atonie des organes génitaux.*

Rue; sabine. Parmi les substances qui jouissent de la propriété emménagogue, il n'en est point qui aient une plus grande célébrité que la *rue* et la *sabine.* Le nombre des médecins qui les ont recommandées est si grand qu'on pourrait à peine les citer. Je me contenterai donc d'indiquer la manière la plus usitée d'employer ces médicamens.

L'*infusion* de ces substances est d'un usage général; voici comment on les prépare :

♃ Rue fraîche........................	4 grammes.
Eau................................	1000 grammes.

Faites infuser pendant dix minutes.

A prendre par tasses, avec addition de quantité suffisante de sirop de gentiane pour chaque tasse.

♃ Sabine fraîche..................	2 ou 3 grammes.
Eau................................	1000 grammes.

Faites infuser, et administrez *ut suprà.*

Si on faisait l'infusion avec les *plantes sèches,* il faudrait réduire de moitié la dose de la substance médicamenteuse.

Desbois (*voy.* Alibert, *Élém. de Thér.*, t. II) recommandait vivement la potion suivante qui a eu une assez grande réputation et dans laquelle *l'armoise* se trouve jointe aux substances qui viennent d'être indiquées :

♃ Huile essentielle de rue.........	} ââ	0,30 grammes.
——— de sabine.......	}	
Sucre........................		30 grammes.

Triturez dans un mortier de verre, et ajoutez :

Eau distillée d'armoise..........	160	grammes.
——— de fleurs d'oranger..	16	grammes.

A prendre une cuillerée toutes les deux heures.

Tommasini (*voy. Jour. hebd.*, 1804) recommande d'unir la *sabine* à la dose de 1,25 grammes à de petites doses d'*aloës*.

La *rue* se donne également en potion, ainsi qu'il suit, par exemple :

℞ Eau distillée de menthe poivrée. }	ââ	60 grammes.
——— de rue............ }		
Teinture de safran.............		20 gouttes.
Sirop d'armoise................		30 grammes.

M. A prendre par cuillerées, toutes les heures.

Ce qu'il y a surtout d'important à observer dans l'emploi de ces médicamens, comme aussi de tous les autres emménagogues, c'est de ne les donner que dans des cas où l'on est bien sûr qu'il n'y a aucune congestion de l'utérus, ou si cette congestion existe, et si l'on pense que l'effort hémorrhagique a besoin d'être un peu augmenté, d'agir avec beaucoup de ménagemens, car, ainsi que l'ont constaté beaucoup de praticiens, et M. Soyer en particulier (*Essai sur l'aménorrhée;* thèses, Paris 1831), si l'on manque de prudence dans un cas semblable, on peut occasionner les plus graves accidens. Ces accidens, dans un cas cité par M. Soyer, allèrent jusqu'à la plus grande agitation, à une fièvre ardente, au délire et aux syncopes.

Après ces *emménagogues proprement dits*, auxquels il faut joindre l'*armoise*, je me contenterai

de citer les plantes aromatiques que j'ai eu déjà occasion de mentionner ; le *safran ;* de *légers purgatifs*, etc. ; médicamens qui n'ont qu'une action adjuvante, et dont l'administration est des plus faciles, et je mentionnerai quelques autres substances préconisées par divers auteurs.

Aconit. Le docteur West (*Note sur le prop. emmén. de l'aconit;* Arch. gén. de Méd., 2me série, t. VIII) ayant remarqué, dans deux cas où l'on avait administré l'aconit, que les règles supprimées s'étaient parfaitement rétablies, donna cette substance dans plusieurs autres cas d'aménorrhée, dans lesquels la suppression datait de plusieurs mois, et vit encore les menstrues se rétablir promptement. Aussi propose-t-il d'employer ce médicament comme emménagogue, de la manière suivante :

℞ Extrait aqueux d'aconit............... 1,50 grammes.

Faites trente pilules.

A prendre ainsi qu'il suit :

On commence l'administration des pilules, huit jours avant l'époque ordinaire de la menstruation, par une pilule dans la journée ; le lendemain, on en prescrit deux, et l'on augmente la dose d'une pilule par jour, de manière que le jour où les règles devraient apparaître, la malade en prenne huit.

Les faits cités par M. West ne sont pas nombreux ; il serait nécessaire qu'ils fussent multipliés. Je ne saurais, par conséquent, me prononcer rigoureusement sur cette médication, et je me borne à ajouter que le docteur West n'a vu aucun accident résulter de ce mode d'administration de l'aconit.

On a encore prescrit la *belladone*, recommandée d'abord par Ever (*Nov. Act. Nat. Cur.;* nov. 1791),

et puis par Sundelin et Mende, la *jusquiame*, et d'autres narcotiques. Le docteur Richter unit la *belladone* au *calomel;* mais l'emploi de ces médicamens ne doit pas nous arrêter plus longtemps, parce que les cas où on les a administrés ne sont pas suffisamment spécifiés. Je dirai seulement, d'une manière générale, que les médicamens narcotiques conviennent particulièrement lorsqu'il existe des douleurs vives et une agitation marquée.

Iode. L'iode a été très-vanté comme emménagogue il y a quelques années. Les docteurs Coindet, Brera (*Sagio clin. sull' iodio;* Pad., 1822), Sablairolles, Récamier et Trousseau (*Journ. des Conn. méd.;* nov. 1835), ont surtout insisté sur ses heureux effets dans l'aménorrhée. Suivant M. Trousseau, néanmoins (*Trait. de Thérap.*, t. Ier, p. 276), l'iode ne convient parfaitement que chez les femmes bien colorées, dont les règles sont simplement diminuées et coulent sans douleur, ce qui est le cas le plus rare. Cet auteur recommande la teinture d'iode, administrée ainsi qu'il suit :

℞ Teinture d'iode..................	25 à 30 gouttes.
Infusion de menthe..................	120 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger..............	30 grammes.

A prendre dans la journée, par cuillerées à bouche.

Il faut, ajoute M. Trousseau, continuer l'emploi de ce moyen pendant deux ou trois mois. Quant à nous, nous devons remarquer que, dans les cas cités, on ne s'est pas borné à administrer l'iode, qu'on a eu, au contraire, ordinairement recours à d'autres moyens actifs, ce qui rend douteuse l'ef-

ficacité de cette substance, et exige de nouvelles expériences.

Suivant M. Trousseau, la *mixture d'hydriodate de potasse* de Wallace est une préparation qui convient dans les cas où l'iode est indiqué ; en voici la formule :

♃ Iodure de potassium....................	8 grammes.
Eau distillée..........................	250 grammes.

A prendre une ou deux cuillerées à bouche, chaque jour.

Seigle ergoté. Le seigle ergoté n'a pas été oublié dans le traitement de l'aménorrhée, et nous voyons ainsi ce médicament être prescrit dans les affections utérines les plus opposées sous tous les rapports. Les docteurs Tracher (*the Journ. of Sciences*, etc.; Lond., 1816), Weil, etc., en ont vanté les bons effets, mais ils n'ont pas spécifié les cas, en sorte que nous restons dans l'incertitude. L'administration du seigle ergoté ne diffère pas de celle que nous avons indiquée dans un des articles précédens.

Strychnine. Les docteurs Bardsley (*Hosp. facts and obs.*; Lond., 1830) et Churchill (*the Edinb. med. and surg. Journ.*; 1834) ont mis en usage la strychnine, et le dernier de ces auteurs cite un cas où, au bout de peu de temps, la menstruation, supprimée depuis dix mois, s'est rétablie à la suite de l'administration de la strychnine, d'abord à la dose de 4 *à* 5 *milligrammes*, trois fois par jour, pour commencer, puis, en augmentant avec prudence, à celle de 6 *ou* 7 *milligrammes*, également trois fois par jour. Administré avec précaution, ce médicament peut être essayé, mais il serait prématuré

de se prononcer sur son degré d'efficacité avant que de nouvelles observations sur des cas bien spécifiés ne soient venues nous éclairer.

Cantharides. On a encore administré les cantharides sous forme de teinture ou de poudre, et le docteur Dewees (*a compend. Syst. of Midwif.*; Philad. 1826) a cité quelques cas où ce médicament a paru réussir; mais, ainsi que le font remarquer les auteurs du *Compendium*, cette substance est trop dangereuse pour qu'on puisse la recommander en l'absence de faits plus nombreux et plus concluans.

Vomitifs; purgatifs. Peu d'auteurs ont conseillé ces moyens. Cependant, parmi les *vomitifs*, *l'ipécacuanha*, préconisé par Guilbrand (*voy. Dict. des Sc. méd.*) a joui de quelque réputation comme emménagogue, et de légers purgatifs ont été assez souvent employés. Parmi eux on choisit ceux qui agissent spécialement sur le gros intestin, comme le *jalap*, la *gomme gutte* et surtout l'*aloës* qui fait partie d'un grand nombre de préparations emménagogues. M. le docteur Chaumet (de Bordeaux) l'unit à la gentiane et au *calomel* ainsi qu'il suit :

℞ Extrait de gentiane............		0,15 grammes.
Aloës succotrin..................	âà	0,05 grammes.
Calomel à la vapeur.............		

Faites S. A. vingt pilules semblables.

A prendre une matin et soir.

Je pourrais encore citer des purgatifs plus énergiques, et en particulier le *vin de coloquinte;* mais l'emploi des médicamens de cette espèce est trop incertain pour qu'on doive y avoir recours dans les cas ordinaires.

Moyens divers. Beaucoup d'autres médicamens, sur lesquels il serait peu utile et beaucoup trop long de s'appesantir, ont été mis en usage contre l'aménorrhée. Je citerai entre autres le *raifort sauvage*, la *garance*, vantée par Fonteka, le docteur Dewees (*loc. cit.*), etc.; le *polygala senega*, la *térébenthine* par la bouche ou en lavemens (Elliotson), le *borax* (Hufeland), la *myrrhe*, l'*hellébore noir*, etc. Les documens que nous possédons sur l'emploi de ces substances sont si peu précis, qu'il est absolument impossible de se faire une idée un peu exacte des effets réels de médications si diverses. Je terminerai donc ce que j'ai à dire de la médication emménagogue interne par quelques mots sur les *préparations d'or*, principalement préconisées par Chrestien.

Préparations d'or. On sait que les préparations d'or ont été vantées comme antiscrophuleuses; aussi est-ce dans les mêmes cas où on prescrit l'*iode*, c'est-à-dire lorsqu'on a des motifs de soupçonner que l'aménorrhée est sous la dépendance d'un vice scrophuleux, qu'on donne ce médicament. Voici les formules recommandées par Chrestien :

PASTILLES DE CYANURE D'OR.

♃ Cyanure d'or	0,10	grammes.
Pâte de chocolat	32	grammes.

F. S. A. vingt-quatre pastilles.

A prendre d'une à quatre par jour, progressivement.

PILULES DE CYANURE D'OR.

♃ Cyanure d'or	0,05	grammes.
Extrait de daphné mézéréum	0,15	grammes.

M., et avec :

Poudre de guimauve	Q. S.,

faites quinze pilules de 0,20 grammes.

A prendre d'une à trois par jour, progressivement.

Je ne pourrais que répéter ici ce que j'ai dit dans l'histoire des *scrophules* à propos des préparations d'or; j'y renvoie le lecteur, me contentant d'ajouter que ces préparations doivent toujours être maniées avec beaucoup de prudence, et qu'on ne doit en élever la dose que lentement.

Moyens externes. J'ai déjà parlé des divers moyens mis en usage pour attirer le sang vers l'utérus (ventouses sèches, pédiluves sinapisés, sangsues en petit nombre, etc.); je n'y reviendrai pas ici, mais il me reste à indiquer quelques moyens externes dont quelques-uns sont beaucoup plus actifs et qu'on a plus ou moins vantés.

Électricité. A l'époque où l'électricité fut employée contre toutes les maladies dans lesquelles on supposait l'atonicité d'un organe, on dut naturellement la mettre en usage contre l'aménorrhée. On trouve dans les divers recueils un assez grand nombre de faits dans lesquels on voit les règles longtemps suspendues reparaître après un plus ou moins grand nombre de secousses électriques dirigées à travers le le bassin. Ce moyen est, selon toutes les apparences, beaucoup trop négligé aujourd'hui, et il serait à désirer qu'on l'expérimentât de nouveau avec toute la rigueur nécessaire. La meilleure manière de le mettre en usage, est de se servir de l'*instrument de Clarke* ou de celui de *Lebreton*, et de diriger un courant intermittent des lombes à l'hypogastre, ou même directement sur l'utérus, par le vagin. Le docteur Kholodovitch (*Voïen. Med. Journ.*, 1824; et *Arch. gén. de Méd.*, t. XVI, p. 452) cite un cas remarquable de rétablissement des menstrues depuis assez longtemps supprimées. Il ne fallut qu'un petit

nombre de secousses pour faire reparaître les règles. Avant cet auteur, Clarke (*Observ. on those diseas. of femal. Wich are attend. by discharges ; Lond.* 1821) et un bon nombre d'autres avaient, à l'aide de faits semblables, établi l'utilité du *galvanisme*.

Vésicatoires. Les vésicatoires ont été principalement recommandés par le docteur Graves. Il veut qu'on les applique à la surface interne des cuisses, deux jours avant l'époque à laquelle la femme attend ses règles. La plupart des praticiens préfèrent le *sinapisme* au vésicatoire, et les recherches n'ont pas été assez bien faites pour qu'on puisse se prononcer sur ce point.

Injections ammoniacales. On a été jusqu'à prescrire des injections avec l'ammoniaque dissous dans une certaine quantité de liquide. Ainsi le docteur Lavagne (*Ann. univ. de Méd.* 1823) recommande de fréquentes injections avec le liquide suivant :

℞ Lait chaud..........................	2 cuillerées.
Ammoniaque liquide.............. 10 à	12 gouttes.

M. Nicato indique la formule suivante :

℞ Ammoniaque..........................	40 gouttes.
Mucilage de gomme arabique..........	15 grammes.
Décoction d'orge.....................	400 grammes.

M. Pour quatre injections par jour.

Pour comprendre quelle est la prudence avec laquelle il faut administrer ces injections dont le degré d'efficacité n'est d'ailleurs pas bien déterminé, il suffit d'observer que M. Fenoglia (*Rep. med. del Piemonte*, 1832), qui néanmoins ne met que 5 gouttes

d'ammoniaque dans 90 grammes de véhicule, a vu une véritable métrite se développer sous l'influence de cette irritation.

Les *vapeurs d'eau et de vinaigre* dans le vagin, conseillées dans l'ouvrage de MM. Roche et Sanson, agissent dans le même sens que l'ammoniaque, et n'offrent pas le même danger.

Il faudrait citer encore les *bains de vapeur simple ou aromatique;* les *fumigations d'acide carbonique* et quelques autres moyens internes conseillés par plusieurs auteurs, mais ces détails n'auraient qu'une faible utilité.

Je terminerai par l'indication d'un moyen qui a réussi dans quelques cas, bien que, *à priori*, on ne dût guère s'attendre à un pareil résultat; c'est l'*irritation des mamelles*. M. Patterson (*Dublin Journ.*, n° 11) a cité deux cas où l'emploi de *sinapismes sur les mamelles* a rétabli les règles supprimées depuis longtemps. Ce qu'il y a de curieux dans le premier de ces faits, c'est que le sinapisme appliqué sur une des mamelles ne l'avait pas été dans l'intention de rappeler les menstrues, mais uniquement pour faire disparaître une douleur qui avait son siége dans cet organe. L'infirmière appliqua le sinapisme beaucoup trop grand, il survint un gonflement très-douloureux de la mamelle et la menstruation se rétablit. M. Hulin-Origet (*travaux de la Société de Méd. d'Indre-et-Loire*) employa le même moyen avec un égal succès. Il est difficile, avec ces documens, de spécifier les cas dans lesquels convient un pareil traitement; c'est pourquoi je me borne à le mentionner.

4°. *Traitement de l'état consécutif à la diminution*

ou à la supression des règles. Les symptômes qui surviennent chez les femmes dont les menstrues ont notablement diminué ou se sont arrêtées complétement, sont si variables qu'il est impossible d'en tracer complétement le traitement. C'est au praticien à les distinguer et à leur opposer les moyens convenables. On peut néanmoins, d'une manière générale, dire que ces symptômes se rapportent à l'anémie et aux affections nerveuses qui l'accompagnent. Aussi est-ce dans ces cas qu'on emploie particulièrement les *ferrugineux*, les *toniques*, les *antispasmodiques*. Si, comme j'en ai observé plusieurs exemples, on trouve chez les femmes affectées d'aménorrhée des douleurs de nature évidemment névralgique, il ne faut pas hésiter à les traiter par le traitement local qui convient aux *névralgies* (*voy.* l'histoire des *Névralgies*), tout en mettant en usage les remèdes qu'exige l'état général. J'ai, en effet, constaté qu'on pouvait de cette manière faire disparaître la névralgie, avant que l'état général ait été ramené à l'état sain, et par là épargner aux malades des souffrances très-vives.

Je ne crois devoir présenter ni résumé ni ordonnances pour un traitement si varié et qui doit nécessairement être étudié dans tout ses détails. J'y ai d'ailleurs suppléé en spécifiant avec soin les principaux cas.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1°. *Suppression récente, avec symptômes de congestion.* Traitement de la congestion sanguine de l'utérus; légers emménagogues.

2°. *Suppression plus ou moins ancienne, avec*

symptômes de congestion aux époques des règles. Même traitement; insister un peu plus sur les légers emménagogues.

3°. *Aménorrhée par atonie des organes génitaux.* Emménagogues : Rue, sabine, armoise, etc.; narcotiques : aconit, belladone, jusquiame, etc.; iode; seigle ergoté; strychnine; cantharides; vomitifs; purgatifs; moyens divers; préparations d'or. *Moyens externes :* Electricité; vésicatoires; injections ammoniacales; vapeurs vinaigrées; fumigations; bains de vapeur.

4°. *État consécutif à la diminution ou à la suppression des règles :* Ferrugineux; toniques; antispasmodiques, etc.

ARTICLE V.

MÉTRITE SIMPLE AIGUË.

L'inflammation de l'utérus est loin d'être une maladie nouvellement connue, puisque les auteurs de médecine les plus anciens en ont fait mention, et que quelques uns même sont entrés dans d'assez grands détails à son sujet. Mais ce n'est que dans ces dernières années qu'ayant porté dans l'étude des maladies de la matrice plus d'exactitude dans l'exploration des organes, on est parvenu à tracer de cette affection une description un peu complète.

Tous les auteurs ont distingué avec soin la métrite simple, celle qui survient dans l'état de vacuité de l'utérus, de la *métrite puerpérale ;* et ce serait, en effet, une confusion très-fâcheuse que de ne pas séparer des inflammations rendues si différentes par les circonstances dans lesquelles elles se développent. Mais

on a voulu pousser les choses beaucoup plus loin, et décrire un nombre assez grand d'inflammations diverses, suivant le siége précis du mal dans tel ou tel point de l'organe affecté. Ainsi quelques auteurs veulent qu'on reconnaisse une *métrite catarrhale* ou superficielle et une *métrite parenchymateuse* ou *profonde*. Sans doute on voit des métrites peu intenses qui ne paraissent pas affecter une grande épaisseur du tissu utérin, et d'autres où ce tissu est envahi dans toute sa profondeur; mais en examinant de près les faits, on voit qu'il n'y a pas entre eux de différence essentielle, et que l'intensité du mal est la seule qu'on puisse signaler. Or, on ne peut être autorisé à faire deux affections distinctes d'une seule et même inflammation, parce qu'elle pénètre plus ou moins profondément. A plus forte raison, ne doit-on pas, avec M. Duparcque (*loc. cit.*, p. 222), faire de la métrite catarrhale un synonyme de la *leucorrhée*, puisque nous avons vu plus haut (*voy.* p. 238) que la leucorrhée existe sans inflammation évidente.

Pour nous donc il n'y a qu'une métrite plus ou moins profonde; mais, et cette distinction n'est pas récente, car ou la trouve dans Aétius, on a présenté la description d'autant d'états morbides divers qu'on a supposé de points circonscrits dans lesquels l'inflammation peut-être limitée. C'est ainsi qu'on a d'abord décrit une *métrite du col* et une *métrite du corps* de l'utérus, et que dans cette dernière on a encore distingué la *métrite antérieure*, la *métrite postérieure* et la *métrite latérale*, suivant que d'après certains symptômes on a pensé que l'inflammation occupait la partie antérieure, la partie postérieure ou une des deux parties latérales de la matrice. Tous les prati-

ciens savent très-bien que ces distinctions disparaissent presque toujours aux lits des malades, et que par conséquent elles n'ont qu'une très-faible valeur. La distinction même entre la métrite du col et celle du corps est loin d'être bien établie sur la base solide des faits; bien entendu que, sous le nom de métrite, nous ne comprenons nullement les granulations, les érosions du col de l'utérus, dont il sera parlé plus loin, car, en pareil cas, il est bien évident que le col peut être malade, le corps étant dans une intégrité parfaite.

§ Ier. — Définition; synonymie; fréquence.

Il résulte de ce qui vient d'être dit, qu'on doit entendre par le mot de métrite simple aiguë toute inflammation utérine aiguë non ulcéreuse ou granuleuse, hors l'état de grossesse ou le temps des couches.

On a désigné cette affection sous les noms *d'inflammatio uteri*, *inflammatio uterina*, *hysteritis*, *metritis*.

La métrite simple aiguë et primitive est loin d'être une affection très-fréquente. Je m'explique : il n'est pas rare, sans doute, de voir l'inflammation aiguë se porter du vagin au col et à la cavité du col de la matrice; mais on voit rarement cette inflammation envahir d'emblée soit le col, soit le corps, ce qui paraîtra remarquable si l'on se rappelle la grande fréquence des *engorgemens sanguins* de l'utérus.

§ II. — Causes.

Nous retrouvons, dans l'étiologie de la métrite simple aiguë, les diverses causes attribuées à la

simple congestion, ce qui prouve bien que nos connaissances sur ces affections sont loin d'être précises. Il est impossible, du reste, de suppléer au défaut d'exactitude des auteurs, en étudiant les observations, car on ne peut guère consulter, sous ce point de vue, que des faits de métrite puerpérale dont nous n'avons pas à nous occuper actuellement. Bornons-nous donc à une exposition rapide de ce que nous trouvons de moins vague à ce sujet.

1°. *Causes prédisposantes.*

Age. Suivant la plupart des auteurs, la maladie dont nous nous occupons est très-rare avant la puberté et après la cessation des règles. Selon M. Lisfranc, au contraire, elle est fréquente pendant les deux premières années qui suivent cette cessation. Mais cet auteur n'entre pas dans les détails des faits, et n'appuie son opinion que sur des considérations purement théoriques.

Une *alimentation* échauffante, des médicamens stimulans, emménagogues, l'abus des boissons alcooliques, sont encore rangés parmi ces causes, mais avec moins de preuves encore, s'il est possible.

Je n'insisterai pas sur ces causes prédisposantes, dont l'action est si peu démontrée, qu'il a fallu, pour presque tous les cas, admettre une prédisposition spéciale dont la nature est tout à fait inconnue.

2°. *Causes occasionnelles.*

Presque toutes les causes occasionnelles dont l'influence est bien prouvée peuvent être considérées

comme des *violences extérieures.* Ainsi, l'abus du coït, la disproportion du pénis, les coups sur l'hypogastre, les chutes qui déterminent un ébranlement dans les organes du bassin, les blessures, les manœuvres pour provoquer l'avortement, les opérations faites sur la matrice, sont toutes des causes qui agissent plus ou moins directement et matériellement, et ce sont ces causes dont l'existence est le moins contestable.

Il ne nous reste plus, pour compléter cette énumération, que d'indiquer les injections froides souvent répétées, les injections irritantes et la suppression des règles. Il serait, en effet, inutile d'insister sur une étiologie dont les élémens nous manquent, et dont il faut recommander l'étude aux observateurs.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes de la métrite aiguë simple ne diffèrent de la *congestion sanguine*, lorsque la maladie est étendue à tout l'organe, que par une intensité plus grande, par le mouvement fébrile qui vient se joindre à eux, et qui est toujours plus marqué que dans les cas peu fréquens où il existe un peu de fièvre avec la simple congestion, et enfin par un écoulement qui n'a pas suffisamment fixé l'attention des auteurs.

Si l'inflammation n'occupe que la surface interne de l'utérus, et à plus forte raison si elle reste fixée à la cavité du col, la *douleur* est peu vive, et elle est bornée à l'organe malade. Il n'en est pas de même dans les conditions opposées. La douleur est alors profonde, gravative, continue, avec des re-

doublemens plus ou moins fréquens, pendant lesquels elle peut s'étendre aux lombes, à l'anus, aux aines et aux cuisses. Il est bien rare que, dans la métrite aiguë simple, cette douleur soit assez vive pour forcer les malades à se tenir les cuisses fléchies sur le bassin, comme l'indique M. Duparcque (*loc. cit.*); c'est dans les cas de *métrite puerpérale* que ce symptôme a été vu avec ce degré d'intensité.

Un des symptômes les plus constans est une *pesanteur* incommode au périnée, avec un sentiment de tension dans le bassin. Si la maladie a un certain degré d'intensité, c'est celui dont se plaignent le plus les femmes.

La douleur *est augmentée notablement par la pression*, qui doit être, lorsque la chose est possible, exercée de trois manières. Par le *palper hypogastrique*, on exaspère la douleur qui siége dans le corps de l'utérus; mais parfois le gonflement est peu considérable, et ce n'est qu'en pressant fortement qu'on arrive sur l'organe malade. Alors on doit pratiquer le *toucher par le rectum*, qui fait reconnaître plus exactement l'état du corps de la matrice. Le *toucher vaginal* détermine quelquefois une douleur très-vive, qui a pour caractère, lorsqu'il s'agit d'une métrite aiguë, d'occuper toute l'étendue du col de l'utérus.

C'est par les mêmes moyens d'exploration qu'on reconnaît l'existence d'une *tuméfaction* plus ou moins considérable, et si, en même temps qu'on pratique le toucher par le vagin, on presse sur l'hypogastre, on sent l'utérus pris entre les deux mains, ce qui permet d'en mesurer approximativement le

volume, en même temps que l'on apprécie plus exactement encore le degré de douleur qu'il présente.

Par le toucher vaginal, on constate encore la *dureté* ou bien la *mollesse* du col, caractères qui, suivant les auteurs, appartiennent à l'inflammation de cette partie de l'organe, sans que personne ait cherché à déterminer dans quelles circonstances diverses on trouve des états si opposés.

Par le toucher rectal, aussi bien que par le toucher vaginal, on s'assure que le corps de l'utérus est devenu plus *dur* et plus *lourd* qu'à l'état normal, et l'on sent un développement de *chaleur* souvent considérable.

J'ai dit qu'il existe, en même temps que les symptômes précédens, un *écoulement* plus ou moins considérable. Il est, par conséquent, bien extraordinaire que les descriptions générales des auteurs n'en fassent pas mention. L'explication de ce silence n'est cependant pas très-difficile. La métrite simple, telle que je l'ai définie plus haut, est une maladie rare, et de plus, l'écoulement, comme dans toutes les autres affections des organes revêtus d'une muqueuse, manque, ou est très-peu considérable au début de la maladie, c'est-à-dire à l'époque où les divers symptômes sont recherchés avec le plus de soin; il y a plus encore : la métrite survient souvent chez des femmes qui avaient des flueurs blanches, et chez lesquelles une légère augmentation de l'écoulement peut très-bien passer inaperçue; voilà bien des motifs pour qu'on n'ait pas tenu un compte suffisant de ce symptôme. Enfin, par une malheureuse confusion, on a décrit en-

semble la métrite simple aiguë et la métrite qui suit plus ou moins immédiatement l'accouchement, et dans celle-ci l'écoulement des lochies étant un fait naturel, on ne peut pas convenablement distinguer ce qui appartient à l'état normal et ce qui est causé par l'inflammation.

Je n'ai eu que deux fois l'occasion d'observer une métrite survenue hors le temps des couches, et, dans les deux cas, j'ai observé un écoulement muco-purulent qui provenait de la cavité du col de l'utérus, et qui a cessé lorsque l'inflammation s'est dissipée. Dans ces derniers temps, j'ai observé attentivement trois cas de métrite puerpérale, dans lesquels toute la maladie était bornée à la matrice; j'en dirai quelques mots dans l'article suivant.

L'écoulement, d'après ce qui précède, peut être nul dans les premiers jours de la maladie. Un peu plus tard, on observe un écoulement peu épais et présentant à un plus ou moins grand degré le caractère séreux. M. Chomel (*Dict. de Méd.*, t. XXX, article *Utérus* (Infl.) a vu quelquefois, dans les circonstances dont il s'agit, un écoulement roussâtre, le seul dont il fasse mention. Au bout de peu de jours, l'écoulement prend une plus grande consistance; il devient muco-purulent, et reste tel si l'affection passe à l'état chronique. Lorsque l'inflammation se dissipe, la matière sécrétée perd peu à peu l'aspect purulent, et finit par prendre l'aspect du blanc d'œuf cru; elle est complétement albumineuse. Je viens d'exposer ce que j'ai observé, mais je ne me dissimule pas qu'il serait très-utile d'avoir de nouvelles recherches sur ce sujet.

Aux symptômes locaux qui viennent d'être dé-

crits, il se joint des *symptômes généraux*, ordinairement *peu intenses*. Quelquefois même ils sont si légers, que si les femmes ne se fatiguent pas, il est difficile d'en reconnaître l'existence. On a dit que cette absence des symptômes généraux se remarque principalement dans les cas où la cavité utérine est superficiellement envahie, où il existe, comme on l'a dit, un simple *catarrhe utérin*. Le fait est vrai; mais il ne faut pas croire qu'un mouvement fébrile notable accompagne nécessairement la métrite simple aiguë; dans un des cas que j'ai cités plus haut, il n'y avait pas de fièvre prononcée, quoique tous les autres symptômes de l'inflammation du tissu de la matrice existassent d'une manière évidente. Comme dans beaucoup d'autres phlegmasies dont nous avons présenté l'histoire, la réaction fébrile est subordonnée à la manière plus ou moins rapide dont la maladie s'est déclarée.

On sera peut-être surpris de me voir accorder si peu d'importance à la fièvre dans la métrite, lorsqu'on se rappellera les descriptions présentées par les auteurs. Mais si l'on veut examiner attentivement ce qui a été écrit à ce sujet, on voit bientôt que la description de la métrite avec violent mouvement fébrile, s'applique presque toujours à l'inflammation qui survient après l'accouchement, et dans laquelle la maladie n'est pas à l'état de simplicité.

Je n'ai pas besoin de m'étendre longuement, comme l'ont fait quelques auteurs, sur les diverses variétés de métrite admises d'après le siége précis de la maladie, et mentionnées plus haut. De toutes ces variétés, il n'en est qu'une qui soit vraiment

importante : c'est la *métrite du col;* mais elle ne présente rien de particulier, si ce n'est que les symptômes indiqués sont bornés à cette partie apparente de l'organe.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

La *marche* de la métrite simple est continue; nous avons vu qu'il y avait des momens d'exacerbation, mais on n'observe pas de véritable intermittence. Sa *durée* n'a point été convenablement déterminée; dans un certain nombre de cas que j'ai parcourus, elle n'a pas dépassé deux septenaires. On a parlé de *terminaison* par suppuration et gangrène; mais c'est encore dans les cas de métrite puerpérale que les choses se passent ainsi, et même il faut remarquer que c'est presque toujours dans des cas de fièvre puerpérale, affection spéciale dont la métrite ne forme qu'une partie, et dont j'aurai à m'occuper plus tard. On peut donc dire que la métrite simple aiguë se termine d'une manière favorable dans la très-grande majorité des cas, et que s'il faut admettre, avec les auteurs, qu'elle peut dégénérer en métrite chronique, on doit du moins reconnaître que cette terminaison est fort rare. Je reviendrai sur ce point dans l'article suivant.

§ V. — Lésions anatomiques.

C'est encore presque uniquement à la métrite puerpérale que se rapportent les lésions anatomiques exposées dans les articles consacrés à la métrite. Aussi, de toutes ces altérations, parmi les-

quelles se trouvent les abcès de l'utérus et de ses annexes, la gangrène superficielle ou profonde, la phlébite, la lymphangite utérines, ne dois-je citer comme appartenant en propre à la métrite simple aiguë, que le gonflement, la rougeur, la friabilité, le ramollissement du tissu de la matrice. Ce n'est pas que la suppuration ne puisse être la conséquence d'une métrite simple très-aiguë; mais les cas de ce genre sont si rares, qu'ils doivent être rangés parmi les exceptions.

VI. — Diagnostic; pronostic.

Je ne m'arrêterai que sur un seul point du diagnostic de la métrite simple aiguë, parce que c'est le seul qui ait une véritable importance. Nous avons vu plus haut que les symptômes de cette affection ressemblent beaucoup à ceux de la simple *congestion utérine*. On peut par conséquent éprouver de l'embarras quand il s'agit de déterminer à laquelle de ces deux affections on a affaire, et il faut convenir que, dans l'état actuel de nos connaissances, il est des cas où il est fort difficile de résoudre la question. Voici sur quoi devra porter l'attention du médecin : La métrite est bien plus fréquemment produite par une cause externe que la simple congestion; elle s'accompagne ordinairement d'un certain mouvement febrile; elle ne se développe pas presque constamment à l'époque des règles, comme la congestion; elle occasionne des douleurs plus vives, soit spontanément, soit à la pression; elle ne se termine pas par une hémorrhagie plus ou moins abondante; enfin elle donne plus constam-

ment lieu à un écoulement qui, d'abord d'apparence séreuse, devient tôt ou tard muco-purulent.

Quant aux *abcès des annexes de l'utérus*, à la *péritonite*, à l'*ovarite*, et même à la *cystite*, que la plupart des auteurs ont cru pouvoir être confondus avec la maladie dont nous nous occupons, ces affections ont des caractères si différens, que la confusion n'est pas à craindre. Il s'agit seulement de pratiquer l'exploration de la manière indiquée plus haut. Je dirai seulement, relativement à la *cystite*, qu'un bon moyen de la distinguer de la métrite consiste à presser avec le doigt sur la paroi vésico-vaginale; on détermine par ce moyen de la douleur, lorsque la vessie est enflammée, tandis qu'en pressant sur l'utérus, on s'assure que cet organe conserve sa sensibilité normale.

D'après ce que j'ai dit plus haut, le *pronostic* n'est pas grave. Je n'ai pas trouvé un seul cas authentique de terminaison funeste de la métrite simple aiguë; et quant au passage à l'état chronique, nous avons vu combien il est rare.

§ VII. — Traitement.

Rien n'est plus simple que le traitement de la métrite simple aiguë, et il serait fort inutile d'entrer dans de grands développemens à ce sujet. Il suffit de dire qu'on doit employer la *saignée* plus ou moins répétée; appliquer des *sangsues* à l'hypogastre, aux *aines*, à l'*anus;* prescrire les *bains*, les applications, les injections *émollientes*, les *narcotiques*, un *régime sévère*, et surtout un *repos absolu.* Ces moyens suffisent pour faire promptement

cesser les symptômes légers de réaction, et bientôt les symptômes locaux disparaissent eux-mêmes.

Quant aux *frictions mercurielles*, aux *révulsifs* de toute espèce, aux *vomitifs*, etc., c'est dans des cas de métrite puerpérale qu'on les a administrés, et je ne dois pas m'en occuper ici.

On trouve dans la *Bibliothèque de Thérapeutique* (t. I[er] page 296) de M. Bayle, une observation intitulée : métrite guérie par l'*émétique* et les bains, mais les symptômes indiqués sont insuffisans pour caractériser la maladie, et, par conséquent, nous n'en pouvons rien conclure. Je reviendrai sur ce fait, à propos de la *métrite chronique.*

Je n'insiste pas sur ce traitement. Je me suis imposé pour règle de n'entrer dans les détails thérapeutiques que lorsqu'ils ont une importance réelle, et ici ils n'en auraient aucune.

ARTICLE VI.

MÉTRITE CHRONIQUE.

La métrite chronique est une maladie beaucoup plus importante à étudier que la métrite simple aiguë, mais son étude présente de grandes difficultés que malheureusement aucun observateur n'a cherché à lever d'une manière complète, en y procédant à l'aide de faits nombreux et rigoureusement analysés. Il s'en suit que, tout en possédant sur la métrite chronique des articles d'une valeur incontestable, nous ne trouvons pas sur ce sujet un seul travail qui ne laisse encore beaucoup à désirer. Je ne citerai pour exemple que la distinction si importante à établir

entre la métrite chronique et le cancer. Qu'on cherche à la faire d'une manière précise avec les documens que nous fournissent les auteurs! On trouvera des opinions; mais des faits bien concluans, il n'en existe pas, parce que les observations manquent des conditions indispensables pour donner lieu à des conclusions rigoureuses. Mais ce sont des questions qui se représenteront dans le cours de cet article. Je me hâte d'arriver à la description de la maladie, pour laquelle je mettrai le plus possible à contribution le petit nombre d'observations un peu satisfaisantes que nous possédons.

§ Ier. — Définition; synonymie; fréquence.

On donne généralement le nom de métrite chronique à une affection caractérisée par le gonflement et la douleur à marche lente d'une partie ou de la totalité de l'utérus, par des pertes blanches plus ou moins abondantes et par un trouble plus ou moins marqué des fonctions de l'organe.

Suivant les auteurs du *Compendium de Médecine* (tome VI, p. 55), il n'est pas démontré que la métrite chronique existe réellement, et on peut rapporter à une simple hypertrophie, due elle-même à la congestion sanguine, la définition précédente. Il est assurément difficile de démontrer d'une manière irréfragable que le gonflement de la matrice, qui constitue un des pricipaux symptômes de la maladie, est toujours, comme le pense M. Dugès, le résultat d'une phlegmasie chronique; les observations sont malheureusement insuffisantes pour résoudre cette question; mais dans la description qui va suivre, on

trouvera tant de signes d'inflammation chronique, que l'on sera forcé de convenir que, dans la très-grande majorité des cas où l'utérus présente l'état hypertrophique, c'est bien d'une métrite chronique qu'il s'agit. J'en ferai, du reste, ressortir plus loin les caractères.

Sauf le nom d'*hypertrophie* mentionné plus haut, la métrite chronique n'a guère reçu d'autres dénominations que celles qui ont été mentionnées à propos de la métrite aiguë.

Cette maladie est beaucoup plus *fréquente* que la métrite aiguë; nous allons voir dans quelles conditions elle se présente le plus souvent.

§ II. — Causes.

La plupart des auteurs se sont contentés de dire que les causes de la métrite chronique sont les mêmes que celles de la métrite aiguë, dont ils ont reproduit l'énumération. M. Duparcque (*loc. cit.*, p. 359) a présenté le plus grand nombre des observations de cette maladie qui soient connues dans la science, ainsi qu'un résumé de ces faits sous le point de vue de l'étiologie; c'est par conséquent à lui que nous devons demander les principaux renseignemens, tout en examinant de notre côté ses observations.

1°. *Causes prédisposantes.*

Nous n'avons que très-peu de chose à dire des causes prédisposantes; elles n'ont pas suffisamment attiré l'attention des observateurs. Nous ne savons quelque chose de positif que sur l'influence de l'*âge*. On s'accorde généralement à dire que la métrite

chronique est fort rare avant la puberté, qu'elle ne se montre pas beaucoup plus fréquemment après la cessation complète des règles, et que c'est presque toujours de vingt à quarante ans qu'on la voit survenir. M. Lisfranc (*loc. cit.* page 628) n'admet pas cette dernière partie de la proposition; suivant lui la maladie est extrêmement fréquente à l'époque de la cessation des règles et pendant *un temps assez long* après cette cessation. Il est très-fâcheux que M. Lisfranc ait procédé par voie de simple affirmation. Il était indispensable pour faire accepter sa manière de voir, de citer les faits, car les observations que nous connaissons lui sont contraires. Presque tous les sujets observés par M. Duparcque, et par Mme Boivin et M. Dugès, avaient moins de quarante ans, deux femmes seulement ont été atteintes de cette maladie pendant le *temps critique,* et d'ailleurs nous allons voir la maladie se déclarer dans la grande majorité des cas, peu de temps après les couches ou l'avortement, ce qui ne peut avoir lieu assez longtemps après la cessation des règles. L'opinion de M. Lisfranc ne saurait donc être admise dans l'état actuel de nos connaissances.

Une des conditions les plus essentielles pour la production de la métrite chronique, paraît être *d'avoir eu des enfans.* Je dis paraît être, parce que cette condition est si commune chez les femmes, exposées d'ailleurs aux diverses causes productives de l'affection, qu'il faudrait pouvoir juger les faits, non pas d'une manière absolue, mais d'une manière relative. Mais les élémens de cette appréciation nous manquent complétement. Quoi qu'il en soit, il n'en est pas moins certain que sur 22 observations que j'ai

rassemblées, il en est 17, c'est-à-dire plus des trois quarts qui appartiennent à des femmes ayant eu des enfans.

On a signalé le tempérament lymphatique, le tempérament scrophuleux, l'*hérédité*, mais l'influence de ces causes n'est nullement démontrée.

2°. *Causes occasionnelles.*

C'est donc presque exclusivement pour l'étude des causes occasionnelles que nous pouvons faire usage des observations publiées.

Il faut reconnaître avec M. Duparcque (*loc. cit.*) que les *couches* jouent un grand rôle dans la production de la métrite chronique; mais peut-être la proposition de cet auteur est-elle trop absolue lorsqu'il dit : « Le plus grand nombre de ces altérations (celles de la métrite chronique) sont survenues à la suite des couches. » Sur 22 cas que j'ai rassemblés, on ne peut rapporter la maladie que 11 fois à cette cause (accouchement ou avortement), et encore dans quelques-uns la métrite chronique s'est-elle définitivement déclarée assez longtemps après les couches pour qu'on puisse conserver quelque doute. Ce nombre est néanmoins assez grand pour nous confirmer dans l'opinion précédemment émise, que les femmes qui ont des enfans sont dans la condition la plus favorable au développement de la maladie.

On a dit que de *marcher trop tôt après l'accouchement* et surtout de se livrer à des *fatigues* considérables peu de temps après les couches ou un avortement, est une des causes les plus actives de la maladie. C'est en effet ce qui a eu lieu dans deux cas. Ce nombre est bien peu considérable sans doute, mais,

dans ces deux cas, il y a eu une relation de cause à effet si évidente, qu'il a été impossible de la méconnaître.

Un simple *avortement* sans fatigue consécutive a donné lieu à la maladie dans trois cas, et si l'on considère que l'avortement est beaucoup plus rare que l'acouchement à terme, on reconnaîtra que ce nombre ne laisse pas d'avoir de l'importance.

Les *coups* sur l'abdomen, les *chutes* sur le siége, sur les genoux, sur les pieds, sur le ventre, les manœuvres nécessitées par un accouchement laborieux, toutes les violences extérieures qui peuvent porter sur l'utérus, soit directement, soit indirectement, ont été rangées parmi les causes de la métrite chronique. Je n'en trouve qu'un seul exemple parmi les faits que j'ai rassemblés, et encore s'agit-il d'un coup sur le ventre ayant déterminé l'avortement qui, comme nous venons de le voir, peut par lui-même être la cause efficiente de la maladie.

On a encore cité en première ligne les *excès d ecoït.* Je crois qu'on a beaucoup exagéré l'influence de cette cause. La métrite chronique se rencontre bien plus rarement chez les filles publiques qu'on ne devrait s'y attendre si l'on regardait le fait comme certain, et cette proportion paraîtra bien plus faible encore, si l'on songe que ces femmes sont exposées à beaucoup d'autres causes d'inflammation. Dans les faits que j'ai réunis, cette cause n'a pu être invoquée qu'une seule fois.

Quant à la *masturbation*, aux *excès alcooliques*, aux *exercices violens*, etc., je me borne à les mentionner parce qu'on ne trouve aucun fait qui démontre l'existence de ces causes.

On a également fait jouer un très-grand rôle aux *causes morales*. Parmi les faits auxquels j'emprunte ces détails, il n'en est que trois dans lesquels on ait constaté leur existence : une fois ce fut une grande *frayeur* qui détermina une métrorrhagie suivie ensuite de métrite, et deux fois, les femmes étaient en proie à de grands *chagrins*.

Parmi les causes dont j'ai des exemples sous les yeux, il faut citer la *suppression des règles*. Dans un cas, les règles ayant été brusquement supprimées à la suite d'une vive émotion morale, il survint bientôt une métrite chronique dont la durée fut considérable. Dans trois autres cas, la suppression fut graduelle et sans cause connue, mais on peut se demander si lorsque les règles commencèrent à diminuer, l'inflammation chronique n'existait pas déjà, et si la suppression n'était pas plutôt l'effet que la cause.

On a cité des cas où la métrite chronique a été la terminaison d'une *métrite aigüe*. Je n'ai sous les yeux qu'une seule observation de ce genre.

La métrite chronique a encore été attribuée à l'action du *virus vénérien*. Mais nous ne connaissons pas les observations sur lesquelles on s'est fondé, du moins quand il s'agit de la métrite chronique simple.

Tels sont les renseignemens étiologiques un peu positifs que nous possédons sur la métrite chronique. On pense bien que, le premier, je reconnais combien les petits nombres que je viens d'indiquer sont insuffisans; mais je crois qu'il vaut mieux donner l'analyse des faits que de répéter les assertions des auteurs. Qu'on publie d'autres observations, et, en les

unissant aux précédentes, on donnera plus de précision à cette étiologie. Les auteurs qui ont écrit sur ce sujet auraient rendu un bien plus grand service en faisant connaître les faits soumis à leurs observations, comme l'a fait M. Duparcque, qu'en présentant une description générale, sur l'exactitude de laquelle on ne peut pas toujours compter.

Il me suffira, pour terminer, d'énumérer les causes suivantes : La *présence d'un pessaire*, qui dans un bon nombre de cas pourrait bien avoir paru nécessaire par suite de l'engorgement inflammatoire de la matrice, plutôt qu'il n'aurait donné lieu à cette lésion ; l'*abus des injections irritantes*, des *emménagogues*, des *médicamens excitans*, etc. L'existence de toutes ces causes a besoin de démonstration.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes de la métrite chronique ont été étudiés avec assez de soin, surtout par M. Duparcque, qui, ainsi que je l'ai dit plus haut, a présenté les observations les plus nombreuses. Je vais d'abord parler de la métrite chronique d'une manière générale. Je dirai ensuite un mot de la métrite chronique partielle.

Début. Nous venons de voir que rarement la métrite chronique est la suite d'une métrite aigüe. Presque toujours le début de cette affection est obscur, et tout porte à croire, par conséquent, que, dans le principe, l'inflammation fait des progrès très-lents. Une pesanteur inaccoutumée dans le bassin, des tiraillemens dans les lombes, un écoulement médiocrement abondant, tels sont les phénomènes qui annoncent le développement de la maladie.

Symptômes. Il n'est pas un seul cas de métrite chronique confirmée qui ne présente, soit d'une manière continue, soit à divers intervalles, un certain degré de *douleur.* C'est souvent un sentiment de *tension*, auquel viennent se joindre des *tiraillemens* dans l'abdomen, les aines et surtout les lombes. L'augmentation de volume de l'organe rend parfaitement compte de ces phénomènes. Les douleurs, dans quelques circonstances, deviennent aigües; elles consistent alors en élancemens violens traversant le bassin, ou en coliques utérines se rapprochant de celles que les femmes éprouvent pendant l'accouchement. Il n'est pas sûr que les douleurs de ce genre doivent être directement rapportées à l'inflammation de l'organe. On peut se demander si elles ne seraient pas le résultat de congestions sanguines plus ou moins fréquentes qui viennent se surajouter à la maladie principale. Ce qui porte à croire qu'il en est réellement ainsi, c'est que ces douleurs se montrent principalement aux époques menstruelles où la congestion sanguine est si fréquente.

M. Duparcque a vu des cas où les malades éprouvaient un sentiment d'ardeur et de brulûre que la chaleur du lit rendait insupportable. Les cas de ce genre ne sont pas fréquens.

La *pression* augmente notablement les douleurs; et à ce sujet on peut voir ce que j'ai dit à propos de la métrite aigüe, l'exploration étant la même, ainsi que les résultats, à l'intensité près. Chez plusieurs malades, le coït devient insupportable, tant il est douloureux. La *marche*, la *station droite* et *assise* longtemps prolongée, le *cahot d'une voiture*, les grands

mouvemens du tronc, les *fatigues* de toute espèce ont également pour résultat d'augmenter la douleur d'une manière sensible.

Un sentiment de *plénitude* dans le bassin et de *pesanteur* vers le périnée est un symptôme constant de la maladie qui nous occupe. L'augmentation de volume, soit de l'organe tout entier, soit d'une de ses parties seulement, en rend parfaitement raison, et, suivant que cette augmentation est plus ou moins considérable, ce symptôme offre une plus ou moins grande intensité.

C'est également par les moyens indiqués dans la description de la métrite aigüe (*voy.* pag. 388) que l'on constate cette *augmentation de volume*, qui est quelquefois très-considérable. C'est ainsi qu'on a vu le corps de l'utérus s'élever au-dessus du pubis, ou plus fréquemment remplir par son volume la cavité du petit bassin, au point d'y devenir presque immobile, et que le col a présenté assez souvent un volume qu'on a jugé approcher de celui d'un œuf de poule. Une aussi grande augmentation de volume ne se remarque néanmoins que dans un nombre limité de cas, et le plus souvent elle est beaucoup moins considérable, mais elle ne manque jamais, c'est un des caractères symptomatologiques essentiels de la maladie.

Un phénomène très-important, et qui est la conséquence de l'état que je viens de décrire, est la *chûte de la matrice.* C'est avec beaucoup de raison que M. Duparcque (*loc. cit.*, p. 253) a insisté sur cet accident, que les autres auteurs ont beaucoup trop négligé dans leurs descriptions. Dans l'immense majorité des cas recueillis par M. Duparcque, il y avait

une descente de matrice très-prononcée, et pour laquelle on avait soumis plusieurs femmes à l'usage d'un pessaire qui avait augmenté les accidens. En portant le doigt dans le vagin, on sent presque immédiatement le col très-volumineux et remplissant ce conduit. Cet état de l'utérus peut être constaté lorsque les femmes sont couchées, mais bien plus facilement encore lorsqu'elles sont debout. D'autres déplacemens de l'utérus, comme l'*antéversion* et la *rétroversion*, résultent également de l'augmentation de volume de l'organe et du relâchement de ses ligamens.

L'*inspection à l'aide du spéculum* fournit des renseignemens précieux que l'on ne doit jamais négliger. On trouve ordinairement le col assez volumineux pour être embrassé avec peine par le spéculum. Il est d'un rouge plus ou moins foncé, parfois brun, ordinairement sans difformité. Son orifice est fermé; quelquefois néanmoins le col présente des bosselures et son col est entr'ouvert, sans que pour cela on soit autorisé à croire qu'il y a une maladie plus grave qu'une simple métrite chronique. M. Duparcque en a cité des exemples; et voici, comme il l'a très-bien remarqué, la disposition particulière qu'avaient les bosselures: « Elles sont, dit-il, séparées par des sillons plus ou moins profonds, perpendiculaires à l'orifice utérin vers lequel ils convergent; et comme je n'ai jamais observé cette disposition des engorgemens du col utérin que chez les femmes qui avaient eu un et le plus souvent plusieurs enfans, j'ai pu m'en rendre raison de la manière suivante: le pourtour de l'orifice externe de l'utérus a pu être déchiré ou fissuré lors du passage de l'enfant, et les

fissures auront formé des cicatrices qui n'ont pas dû prêter, comme les parties voisines, à la distension que l'engorgement morbide a fait éprouver au col utétin. Ces sillons correspondent ordinairement aux commissures du museau de tanche, et quelquefois existent aussi en avant et en arrière, ce qui fait paraître l'engorgement comme formé par plusieurs tumeurs globulaires adossées les unes aux autres. » Il faut être prévenu de cette disposition pour n'être pas exposé à porter un pronostic trop fâcheux.

La *consistance* de l'organe, que l'on constate par le toucher vaginal et rectal, est ordinairement augmentée. C'est au point que M. Duparcque décrit indifféremment l'affection sous les noms de métrite chronique, d'induration et de *squirrhe*. Mais lorsque j'exposerai le diagnostic, je discuterai cette question importante. Je me borne à constater ici le fait. Dans quelques cas, au contraire, le tissu paraît ramolli, sans que les recherches des auteurs puissent nous apprendre dans quelles circonstances se produisent deux états si opposés.

Dans la définition que j'ai donnée plus haut, j'ai dit qu'un *écoulement* plus ou moins abondant par le vagin est un caractère symptomatique de la métrite. Cependant les auteurs n'attachent pas une grande importance à ce symptôme; ils ne paraissent même pas admettre qu'il soit constant, et M. Duparcque va jusqu'à dire que lorsqu'il y a écoulement, ce n'est pas à la métrite avec engorgement dur (cas le plus ordinaire) qu'il faut le rapporter, mais à une leucorrhée concomitante. Mais ce qui ressort de la lecture des observations, c'est que l'écoulement est noté dans presque toutes celles qui sont

complètes, que dans les autres il ne paraît pas avoir été recherché, et qu'il a disparu fréquemment lorsque l'engorgement inflammatoire de l'utérus a été dissipé.

L'écoulement est très-variable, non seulement suivant les cas, mais encore aux diverses époques de la maladie; et s'il est vrai de dire avec M. Duparcque que parfois le col de l'utérus est sec, ou ne laisse suinter que quelques filamens muqueux plus ou moins teints de sang, on peut dire aussi qu'il n'en est ainsi qu'à certains momens ou à une époque rapprochée du début de la maladie. On observe d'abord un écoulement de matière peu épaisse, légèrement roussâtre et, au bout d'un certain temps, l'utérus laisse échapper une plus ou moins grande quantité de matière blanche, opaque, ordinairement peu épaisse, qui augmente principalement à l'approche des règles. C'est ainsi que se sont passées les choses dans les observations connues, et récemment encore j'en ai eu un exemple sous les yeux, chez une femme tuberculeuse, qui avait une métrite chronique dont les lésions ont été constatées à l'autopsie.

La menstruation est presque constamment, sinon constamment, troublée dans la métrite chronique. Ce sont les signes de la *dysménorrhée* qui caractérisent ce trouble fonctionnel. Il est inutile de reproduire ici la description que j'en ai donnée ailleurs (*voy.* art. *Dysménorrhée*). Dans la très-grande majorité des cas l'abondance des règles est diminuée en même temps que l'écoulement sanguin se fait avec difficulté et douleur, et nous avons vu plus haut que cette affection coïncide quelquefois avec une suppression qui devient graduellement complète, ou qui, plus ra-

rement, s'est produite tout à coup. Parfois néanmoins on voit survenir une *ménorrhagie* plus ou moins abondante, alors même qu'il y a l'engorgement dur qui, selon M. Duparcque, est le caractère anatomique de la métrite chronique. La femme dont je parlais tout à l'heure m'en a présenté un exemple. Mais ces pertes sanguines ne sont qu'accidentelles, et après elles se reproduit la dysménorrhée, avec diminution du flux menstruel qui est propre à cette maladie.

On a dit que la métrite chronique peut s'opposer à la fécondation. C'est un fait qui n'est pas parfaitement démontré et qui demanderait des recherches bien plus précises que celles qui ont été faites à ce sujet. Au reste, on est toujours forcé de convenir que, pour que la stérilité soit la conséquence de l'inflammation chronique de l'utérus, il faut que l'affection soit portée à un très-haut degré; car les exemples ne sont pas rares où la fécondation a eu lieu chez des femmes qui avaient une métrite chronique avec descente de la matrice.

Peut-on, avec M. Duparcque, attribuer à l'inflammation chronique du col de l'utérus l'obstacle que la rigidité de cette partie de l'organe oppose à l'accouchement? C'est encore là une question qui ne paraîtra pas parfaitement résolue à ceux qui ne se contentent pas d'une affirmation et qui examinent les faits. Peut-être l'induration de l'orifice du col est-elle, dans certains cas, une conséquence d'une inflammation dissipée, comme la cartilaginification et l'ossification de cet organe, mais, dans l'état d'inflammation même, la dureté du col ne paraît pas suffisante pour s'opposer à sa dilatation.

La métrite chronique, lorsqu'elle n'est pas portée

à un très-haut degré, peut exister assez longtemps sans que la santé générale paraisse en souffrir beaucoup, et c'est là ce qui explique comment des femmes ont pu vivre pendant douze ans et plus avec cette maladie bien caractérisée. Ordinairement, néanmoins, on observe des symptômes généraux dignes d'attention. C'est ainsi qu'on voit survenir ces *troubles digestifs* si fréquemment liés aux maladies utérines. L'appétit diminue, il y a parfois du dégoût pour les alimens, des goûts bizarres; il survient des douleurs d'estomac, des symptômes d'entéralgie; en un mot ces phénomènes qui accompagnent la *leucorrhée*, et que j'ai indiqués en traçant l'histoire de cette maladie (*voy.* art. *Leucorrhée*). Ces symptômes sont généralement en rapport et avec la violence des douleurs et avec l'abondance de l'écoulement.

Suivant M. Duparcque, le *vomissement* est intimement lié à la métrite chronique; mais si on examine les observations, on voit qu'il s'est montré bien rarement, et que les cas où l'on a constaté l'existence de ce symptôme peuvent être regardés comme exceptionnels.

C'est lorsque la maladie a atteint un haut degré, qu'on observe la langueur, la pâleur de la face, l'amaigrissement, en un mot tous les signes d'un dépérissement continu. On a encore parlé du teint jaune paille, du marasme, etc.; mais tout porte à croire que dans les cas où l'on a observé ces symptômes on avait affaire, non à une simple métrite, mais à un cancer non encore ulcéré, que quelques auteurs regardent comme une véritable inflammation.

Comme dans les autres affections chroniques de l'utérus, dont j'ai déjà parlé, on observe différens

troubles nerveux, des névralgies, l'impatience, l'irascibilité, l'insomnie. Mais ces symptômes, que j'ai eu tant de fois l'occasion de signaler, ne présentent rien de particulier dans la métrite chronique.

La *fièvre* ne se montre ordinairement pas dans le cours de la métrite chronique, et si on l'observe quelquefois c'est que sous une influence quelconque la maladie a pris le caractère aigu. C'est ce dont on s'assure facilement, car au bout de quelques jours, les signes de métrite chronique persistant, le pouls revient à l'état normal, et la plupart des signes généraux disparaissent.

Métrite chronique partielle. Comme pour la métrite aigüe, on a fait plusieurs divisions suivant le siége de la maladie, et l'on a admis une métrite chronique du col, de la partie antérieure du corps, de la partie postérieure, et de chacune des parties latérales. Je n'ai pas pu trouver d'observation convaincante de métrite chronique bornée à une partie limitée du corps de l'organe, et, d'après quelques faits que j'ai examinés, je suis porté à croire qu'on a donné comme exemples de métrite chronique partielle, des tumeurs fibreuses de l'utérus. Mais en eût-on cité quelques cas incontestables, les faits de ce genre n'en seraient pas moins exceptionnels, et ce qu'il y a de certain, c'est qu'il n'y a que la *métrite chronique du col* qui intéresse véritablement le praticien. Or, je n'ai rien à ajouter à la description précédente, relativement à cette espèce, si ce n'est que la palpation à l'hypogastre, en même temps qu'on touche par le vagin, et surtout le toucher rectal, font reconnaître l'état normal du corps de l'utérus, et que le sentiment de tension,

de plénitude dans le bassin, ainsi que la chute de la matrice, sont beaucoup moins prononcés ou n'existent pas du tout.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

La marche de la métrite chronique est continue, en ce sens que la maladie ne disparaît jamais complétement pour se reproduire ensuite; mais on observe, comme je l'ai déjà indiqué, à propos des menstrues, des exacerbations de plus ou moins longue durée, et aussi des améliorations notables qui parfois font espérer une guérison prochaine. Des circonstances nombreuses peuvent donner lieu à ces exacerbations. Ce sont celles que j'ai signalées comme causes productives de la maladie; il serait inutile de les rappeler ici. Suivant M. Duparcque, l'âge critique a sur les engorgemens de l'utérus une action fâcheuse. Ce fait, qui expliquerait jusqu'à un certain point l'opinion de M. Lisfranc sur l'influence de l'âge critique dans la production de la maladie, n'est assurément pas impossible; mais il n'est pas prouvé par les observations que nous connaissons, et demande de nouvelles recherches.

La métrite chronique est remarquable par sa longue *durée*. C'est un point sur lequel je crois devoir insister, parce qu'il est important pour le diagnostic de l'inflammation simple et du cancer de l'utérus. Si l'on examine les observations publiées par M. Duparcque, on voit qu'il n'en est point où la durée de la maladie n'ait été de plusieurs années, et qu'un bon nombre a présenté une durée de cinq, six, sept et même douze ans. Lorsque j'aurai à tracer l'histoire du *cancer de l'utérus*, je comparerai la durée de

cette affection avec celle de la métrite chronique.

On peut dire d'une manière générale que la maladie dont nous nous occupons n'a pas de tendance à se terminer par la guérison. Cependant il n'est pas d'exemple authentique de *terminaison* de la métrite chronique par la mort. L'affection, après avoir fait des progrès lents, reste stationnaire; et si les femmes succombent, c'est par suite d'une autre maladie. M. Duparcque affirme néanmoins que si les femmes passent l'âge critique sans accidens trop graves, la maladie s'améliore ensuite notablement. C'est encore là un fait qui est bien loin d'être invraisemblable; mais il serait nécessaire que l'observation vint démontrer son exactitude.

On voit que je n'ai pas parlé de la dégénération de la métrite chronique en *cancer confirmé*, et quelques lecteurs pourront en être surpris; mais c'est une question qui est subordonnée au diagnostic; ce serait anticiper que de chercher à la résoudre maintenant. Je me borne à dire ici que l'examen des faits ne conduit nullement à admettre cette dégénération. Il n'est pas extraordinaire, sans doute, de voir une femme affectée de métrite chronique présenter plus tard un cancer; mais il ne faut pas se hâter d'en conclure que l'inflammation a produit le cancer. Cette inflammation, en effet, ne peut être considérée comme une immunité contre l'affection cancéreuse; les femmes qui en sont atteintes sont sujettes à la maladie organique comme les autres. C'est donc sous un autre point de vue qu'il faut considérer les faits, et c'est ce que je ferai plus loin.

Les ossifications, les cartilaginifications qu'on a trouvées quelquefois dans l'utérus sont-elles, à n'en

pas douter, une conséquence de l'inflammation chronique de cet organe? A ce sujet, on peut lire ce que j'ai dit des ossifications du cœur (t. III, p. 62 et suiv.); les cas sont identiques, et on n'a fourni, relativement à l'utérus, aucune preuve que, sous ce rapport, les choses se passent, dans cet organe, autrement que dans l'organe central de la circulation.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques de la métrite chronique ont été fort peu étudiées. Aussi ne possédons-nous sur ce point que des notions très-vagues. Les principales altérations sont la rougeur plus ou moins obscure, quelquefois ardoisée, surtout lorsque la maladie a duré longtemps. La fermeté des tissus, et en même temps, dans un certain nombre de cas du moins, leur friabilité, c'est-à-dire qu'en perdant leur cohésion normale ils ne sont pas devenus flasques et mollasses, et qu'au simple toucher ils offrent une certaine résistance, qui n'est qu'apparente, car en pressant avec l'extrémité du doigt on pénètre facilement dans leur intérieur, ce qui n'a pas lieu dans une matrice saine, dont la cohésion est bien connue.

Assez fréquemment l'utérus contient une quantité notable de fluides; cependant les auteurs affirment avoir vu le tissu malade sec, et en même temps pâle et décoloré. M. Duparcque dit avoir trouvé, entre les fibres, une matière fibro-albumineuse plus ou moins concrète, que l'on peut parfois exprimer par la pression et le grattage, et qui, abondante dans les premiers temps, finit ensuite par

diminuer en se concrétant davantage, et même par passer à l'état de cartiliginification et d'ossification. Ces faits ont besoin d'être confirmés par de nouvelles recherches.

Ce qu'il importe beaucoup de constater ici, c'est que dans aucun des cas de métrite chronique dont les lésions ont été vérifiées par l'autopsie, on n'a trouvé de matière cancéreuse, ni de matière squirrheuse. Plusieurs auteurs, et en particulier M. Duparcque, ont admis, il est vrai, que, au bout d'un temps plus ou moins long, les tissus enflammés passent à l'état squirrheux; mais ce n'est pas ce qui résulte des observations connues, à moins qu'on ne veuille, avec le dernier auteur que je viens de citer, regarder comme des squirrhes, des cas dans lesquels on a trouvé une induration marquée pendant la vie. Mais ce caractère ne paraîtra pas suffisant à ceux qui sont versés en anatomie pathologique, et M. Duparcque lui-même nous en fournit la preuve, puisqu'il convient que dans des cas de ce genre on a été surpris de trouver, après la mort, le tissu beaucoup moins dur qu'on ne l'avait cru, ce qu'il attribue à la disparition plus ou moins complète des sucs qui engorgeaient l'utérus. Or c'est ce qu'on n'observe jamais dans le squirrhe, et par conséquent il est permis de dire que si l'induration est un caractère commun au squirrhe et à l'inflammation chronique, ce n'est que pendant la vie. Cette circonstance peut, comme nous allons le voir, rendre le diagnostic difficile, mais ce n'est assurément pas une raison pour regarder les affections comme étant de la même nature.

M. Chomel (*Dict. de Méd.*, t. XXX, art. *Utérus;*

Inflam.) parle de brides pseudo-membraneuses qui font parfois adhérer le corps de l'utérus aux parties voisines, ce qui, dans certains cas, explique le peu de mobilité de l'organe pendant la vie. Le même auteur a vu le col oblitéré par adhérence immédiate; mais rien ne prouve que cette adhérence, qui entraîne la stérilité, appartienne réellement à la métrite chronique. Il eût fallu, pour mettre le fait hors de doute, s'assurer qu'à aucune époque il n'y avait eu d'inflammation aigüe du col, et surtout de déchirure, d'éraillure considérable de cet organe pendant l'accouchement, lésions qui auraient laissé après elles l'oblitération dont il s'agit.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

J'ai déjà fait pressentir que le diagnostic de la métrite chronique peut présenter d'assez grandes difficultés. Ce n'est néanmoins qu'avec une seule maladie qu'il est parfois difficile de ne pas la confondre, et cette maladie c'est le cancer commençant, ou induration squirrheuse de l'utérus. M. Duparcque s'est attaché à démontrer que le diagnostic différentiel de ces deux affections n'était pas possible. « Causes, symptômes, *terminaisons*, tout dit-il, est semblable ou commun; ou bien, s'il y a quelques signes pathognomoniques propres à l'un et étrangers à l'autre, les variétés de ces signes, et surtout leur inconstance, font disparaître ces différences diagnostiques, ou les rendent peu appréciables à l'observation clinique. » On voit par là que, suivant cet auteur, les lésions propres à la métrite chronique et au squirrhe ne présentent pas de diffé-

rences essentielles, d'où ces opinions émises par lui : que l'inflammation chronique peut dégénérer en squirrhe, et que le squirrhe est curable et même facilement curable. Je n'ai pas besoin de dire combien ces questions sont importantes et combien il est nécessaire de les discuter à l'aide des faits.

On s'accorde à dire que la forme du col tuméfié n'est pas la même dans les deux maladies. Dans le cancer commençant on trouve des bosselures irrégulières très-résistantes sous le doigt, d'un volume très-variable; tandis que dans l'inflammation chronique on trouve le col lisse, uniformément développé, et offrant dans tous ses points une résistance égale. Voilà déjà une première différence qui ne doit pas être négligée. Nous avons vu néanmoins que, dans quelques cas de métrite chronique, il existe des bosselures manifestes. Mais d'abord ces cas ne sont pas à beaucoup près les plus ordinaires, et en second lieu les bosselures présentent, ainsi que M. Duparcque lui-même a eu soin de le remarquer, une disposition particulière, ce qui met encore sur la voie du diagnostic.

L'inspection à l'aide du spéculum fournit encore quelques signes différentiels. Nous avons vu, en effet, que le col de l'utérus, dans la métrite chronique, est souvent d'un rouge sombre, et que la muqueuse y paraît congestionnée; or, dans le cancer non ulcéré, le col est pâle, blafard, et la muqueuse lisse et polie.

Nous pouvons dire d'avance qu'un des caractères les plus communs et les plus frappans du cancer utérin commençant est de donner lieu à des pertes sanguines souvent très-abondantes; c'est ce qui n'a

pas lieu dans la métrite chronique, qui est surtout remarquable par la *dysménorrhée* qu'elle occasionne.

Un autre caractère de la métrite chronique qui n'a point été signalé par les auteurs, quoiqu'il ait une extrême importance, c'est de durer très-longtemps, jusqu'à dix, douze ans et plus, sans donner lieu aux accidens si graves qui se manifestent au bout d'un temps beaucoup moins long, dans les cas de véritable cancer. Le col de l'utérus ne s'ulcère pas, il ne tombe pas en détritus comme dans le cancer; les douleurs restent les mêmes et présentent seulement des exacerbations par intervalles, tandis que dans le cancer il survient, à une certaine époque de la maladie, des douleurs plus ou moins violentes qu'on n'avait pas observées au début; et enfin le dépérissement, la langueur, la décoloration, la couleur jaune paille des tissus, sont bien autrement marqués dans les cas de cancer, même commençant, que dans ceux de métrite chronique très-intense et déjà ancienne.

Je crois qu'avec ces élémens on peut parvenir au diagnostic, sur lequel au reste je reviendrai dans l'article consacré au cancer de l'utérus. On ne saurait toutefois se dissimuler qu'il ne puisse y avoir des cas où ce diagnostic soit très-difficile; mais c'est ce que l'on observe dans un grand nombre de maladies, sans que pour cela on se croie autorisé à regarder comme étant de même nature des affections qui, dans la très-grande majorité des cas, se montrent avec des caractères très-distincts.

Quant aux cas de *cancer ulcéré*, de *polype*, de *névralgie de l'utérus*, ils se distinguent par trop de

points de la métrite chronique pour qu'il soit nécessaire d'en présenter le diagnostic.

Les *corps fibreux* de la matrice donnent lieu à des symptômes qui les font ressembler beaucoup à la métrite chronique. On devra considérer dans le diagnostic la situation de la lésion, les corps fibreux occupant ordinairement le corps de l'utérus; tandis que la métrite chronique occupe ordinairement le col, soit isolément, soit en même temps que le corps. On ne peut, du reste, mieux comprendre tout ce qu'il reste encore à faire pour donner plus de précision à l'histoire de la maladie qui nous occupe, que lorsqu'il s'agit de son diagnostic.

Pronostic. Le pronostic de la métrite chronique est sérieux sans être grave. Nous avons, on se le rappelle, écarté, comme terminaison de la maladie, sa dégénération en squirrhe; or c'est la possibilité de cette dégénération qui seule a pu, aux yeux d'un certain nombre de médecins, faire regarder l'inflammation chronique de l'utérus comme une maladie très-grave. Dans tous les cas rapportés par les auteurs, la guérison, ou du moins une amélioration des plus grandes, a été la conséquence d'un traitement bien entendu, et lorsque les malades ont succombé, c'est qu'une autre maladie est venue les enlever. Nous allons voir, en parlant du traitement, que la très-longue durée de l'affection ne doit pas, dans un bon nombre de cas, rendre le pronostic plus grave. La guérison n'a pas été, en effet, plus difficile à obtenir, dans ces cas, dont les principaux sont rapportés par M. Duparcque.

§ VII. — Traitement.

La plupart des auteurs qui se sont occupés spécialement des maladies de l'utérus ont pensé qu'il n'y avait pas une grande différence entre les engorgemens de cet organe, dus à une simple inflammation, et ceux qui reconnaissent pour cause le développement du squirrhe, et même des tubercules. En conséquence ils ont étudié le traitement appliqué à ces divers états, sans faire aucune distinction, et de là une confusion extrême que de nouvelles observations pourront seules faire cesser. C'est ainsi, par exemple, que M. Lisfranc, après avoir parlé des engorgemens avec induration simple, des engorgemens squirrheux, cancéreux, avec ou sans ulcération, consacre un chapitre au traitement de tous ces engorgemens, comme si ce qui convient à l'un devait nécessairement convenir à l'autre. C'est un exemple qui ne doit pas être imité par les observateurs qui à l'avenir s'occuperont de ces affections utérines encore si mal connues; quant à nous, recherchons ce qui, parmi les moyens proposés, convient plus particulièrement à l'inflammation chronique de la matrice.

Emissions sanguines. Tous les auteurs ont conseillé vivement les émissions sanguines. La *saignée générale* est recommandée si la malade n'est pas trop affaiblie. Dans plusieurs cas même, parmi ceux que j'ai rassemblés, on est revenu à la saignée du bras, à deux, trois et quatre reprises en deux ou trois semaines, et chaque fois il en est résulté un soulagement marqué qui consistait d'abord dans la diminution des douleurs. Lorsque des symptômes de dysménorrhée se produisent aux époques menstruelles,

et qu'on s'est assuré qu'ils sont dus à un certain degré de congestion sanguine accidentelle, ce qui est le cas le plus ordinaire, on a recours aux *saignées spoliatives* dont j'ai parlé dans l'article *Dysménorrhée*.

Des *sangsues* en plus ou moins grand nombre sur l'hypogastre, aux aines, à la partie supérieure des cuisses, à l'anus, sont généralement prescrites ; mais je n'insiste pas sur ces applications, pas plus que sur celles des *ventouses scarifiées* qui ordinairement peuvent les remplacer. J'ajouterai seulement que, contrairement à la manière de voir de tous les autres auteurs, M. Lisfranc (*loc. cit.*, p. 713) regarde l'application des sangsues et des ventouses scarifiées, non-seulement comme peu utile, mais encore comme nuisible dans le plus grand nombre des cas. « Lorsque, dit-il, nous sommes appelé en ville, pour voir des femmes affectées de maladies de l'utérus, il est assez rare qu'on n'ait pas eu déjà recours aux annélides ; nous interrogeons les malades, et nous apprenons que dix-huit sur vingt ont éprouvé plus de chaleur et plus de douleur à la suite de l'emploi du moyen dont nous nous occupons ; que quelquefois même ce moyen a produit des accidens très-violens : il est des cas dans lesquels il réussit, mais ce sont des exceptions. » En présence d'opinions aussi contradictoires, que peut faire le praticien qui n'a pas pour se guider une étude exacte des faits? Je viens d'exposer l'état de la science, c'est à l'observation ultérieure à résoudre la question.

Mais il est un mode particulier d'appliquer les sangsues qui mérite que nous nous en occupions. M. Duparcque a principalement insisté sur les bons

effets de l'application des *sangsues sur le col de l'utérus.* Voici comment il s'exprime à ce sujet : « Le premier effet, dit il, de l'application des sangsues au col de l'utérus, effet qui a constamment lieu, quand même la maladie n'est pas de nature à pouvoir guérir, comme dans les cancers confirmés eux-mêmes, c'est de calmer comme par enchantement les douleurs sacro-lombaires, les élancemens, enfin toutes les sensations pénibles qui sont les compagnes ordinaires des altérations légères ou profondes de la matrice.

« Le nombre des sangsues doit être proportionné au volume de l'engorgement, au degré de prédominence des symptômes inflammatoires, et à l'état des forces. Je remarquerai cependant que cette saignée directe produit moins de faiblesse, toute proportion gardée, que la saignée générale. Aussi peut-elle être employée dans des cas où celle-ci pourrait être préjudiciable, comme dans les derniers degrés du cancer par exemple. »

Il est fâcheux que M. Duparcque n'ait pas étudié rigoureusement ses observations sous ces divers points de vue; ses propositions seraient beaucoup moins vagues. Pour nous, ce qu'il nous importe de remarquer avec cet auteur, c'est que dans sept cas, une ou deux applications de sangsues sur le col, ont été suivies d'une prompte diminution de l'engorgement utérin, et que si, sous ce rapport, on considère les autres moyens dont il sera parlé plus loin, on n'en trouve aucun qui ait procuré aussi promptement ces résultas avantageux. Ces faits sont suffisans pour assigner à l'application des sangsues sur le col de l'utérus, une place importante parmi les moyens

thérapeutiques dirigés contre la métrite chronique. Cependant, plusieurs auteurs ont affirmé avoir obtenu des résultats beaucoup moins satisfaisans; mais comme ils n'ont pas cité les faits à l'appui, nous ne pouvons pas opposer leurs simples assertions aux observations de M. Duparcque.

Il faut mentionner un accident qui peut survenir à la suite de l'application des sangsues sur le col de l'utérus, et qui est assez grave pour que le médecin ne doive confier cette application à personne. Cet accident est une hémorrhagie assez considérable pour exiger le tamponnement. C'est ce qui est arrivé dans un des cas cités par M. Duparcque, et dans lequel le tamponnement a heureusement arrêté l'hémorrhagie en très-peu de temps.

Il faut, pour l'application des sangsues sur ce point, se servir du spéculum plein.

Pour compléter le *traitement antiphlogistique* dont les saignées constituent le principal moyen, on prescrit les *bains prolongés*, simples ou émolliens; des *bains de siége* fréquens; les *applications émollientes* sur l'hypogastre et les parties génitales, et même dans l'intérieur du vagin. On les introduit de plusieurs manières : la plus ordinaire est de prescrire des *injections émollientes*, ou *narcotiques* (eau de guimauve, de lin, de laitue, de pavot, de jusquiame, de morelle, etc.), que les malades font plusieurs fois par jour, et qui peuvent être pratiquées dans le bain en se servant de l'eau du bain, ou du bain de siége. On peut porter un *cataplasme liquide* de farine de graine de lin ou de fécule de pomme de terre dans cette partie, soit à l'aide d'une seringue à canule d'un gros calibre, soit à l'aide du spéculum. Pour que le

cataplasme ne s'échappe pas, il faut que la malade soit couchée sur le dos, le bassin plus élevé que le reste du corps. M. Mélier (*Mémoire de l'Acad. roy. de Méd.*, t. II, p. 344) propose de faire prendre de la même manière des *bains du col de l'utérus*, qu'on peut renouveler plusieurs fois par jour. On peut encore imbiber une éponge d'un liquide émollient, et la porter jusqu'au col.

Pendant que l'on soumet les femmes à ce traitetement, on les tient à un *régime* assez sévère; proscrivant les alcooliques, et recommandant les alimens froids et les boissons froides. Il est surtout essentiel de prescrire le *repos*, et, si la chose est possible, le repos au lit. Dans les observations on voit fréquemment l'amélioration déjà obtenue disparaître faute de cette précaution. M. Lisfranc a néanmoins vu des malades qu'un repos trop prolongé irritait beaucoup, et auxquelles il fallait permettre un assez grand exercice. C'est au médecin à reconnaître la conduite qu'il doit tenir selon les cas.

Suivant M. Mélier, il est bon de ne pas s'en tenir à ces applications émollientes et de faire des *pansemens* journaliers avec des tampons de charpie enduite de diverses pommades. Il conseille principalement la pommade suivante :

♃	Cérat	30 grammes.
	Extrait de ciguë	2 à 4 grammes.
	Extrait d'opium	2 grammes.

M.

Après les bains du col, le même praticien est dans l'usage de porter sur cette partie de l'organe un tampon de charpie fine imbibé du liquide qui a servi

au bain, ou bien un plumasseau de charpie enduit de cérat frais, simple, opiacé, ou saturné, selon qu'il s'agit d'abattre l'inflammation, de calmer les douleurs, ou de chercher à opérer la résolution de l'engorgement. C'est à l'observation ultérieure à nous apprendre quels sont les résultas de ces médications, car malheureusement l'auteur que je viens de citer n'a pas rapporté ses observations.

Pour faire ces pansemens, M. Mélier se sert du spéculum plein, dans lequel il place de champ le plumasseau enduit du médicament qu'il pousse ensuite doucement jusqu'au col à l'aide d'un mandrin qui remplit l'instrument. On arrive facilement au même résultat, en se servant de toute espèce de spéculum et en appliquant la charpie sur le col à l'aide de longues pinces.

Quelques auteurs ont proposé d'introduire un *fragment de glace* dans le vagin. M. Lisfranc, qui a expérimenté ce moyen, l'a toujours vu être très-désagréable pour les femmes, et aggraver les accidens plutôt que de les dissiper.

Au traitement topique qui vient d'être exposé on joint ordinairement un traitement interne qui varie beaucoup suivant les auteurs. Je viens exposer les principaux moyens qui le composent.

Vomitifs; purgatifs. Les vomitifs n'ont pas été fréquemment administrés contre la métrite chronique. Cependant M. Mériadec Laennec a rapporté un cas dans la *Bibliothèque thérapeutique* (*Bibl. de Thér.* de Bayle, t. Ier, p. 296) en faveur de *l'émétique à haute dose.* Mais cette observation, dont j'ai déjà dit un mot à propos de la métrite aiguë, manque de détails à tel point, qu'on n'est pas même bien

sûr qu'il s'agisse d'une véritable métrite. M. Trousseau vante l'action de l'ipécacuanha dans la *métrite subaiguë;* mais il s'agit, dans les faits qu'il a observés, de l'état puerpéral dont il n'est pas question ici. En l'absence de renseignemens plus positifs, je me bornerai donc à dire ici que l'*ipécacuanha* est donné à la dose d'un gramme ou d'un gramme cinquante centigrammes, à plusieurs reprises, si le cas paraît l'exiger, et que dans le fait cité par M. Laennec, on prescrivit d'abord *trente centigrammes* de tartre stibié dans *six verres d'infusion de feuilles d'oranger*, et puis la même dose associée au *quinquina*, ce qui n'empêcha pas les vomissemens et les selles d'être très-abondans.

M. Duparcque a administré *l'émétique en frictions*, et ce mode d'administration mérite d'être mentionné avec quelques détails :

Émétique en frictions.

« Je fais, dit-il, incorporer une partie d'émétique dans huit d'axonge non lavée :

℞	Axonge non lavée......................	30 grammes.
	Émétique................................	4 grammes.

M.

« On prend, pour chaque friction, la valeur de *deux grammes* de cette pommade. Une première friction est faite à la partie interne d'une jambe. Le *soir même*, une seconde friction à l'autre jambe. Le *second jour*, frictions aux cuisses, une le matin, l'autre le soir. Le *troisième jour*, on frictionne également les deux bras alternativement; puis les côtés du thorax, le *quatrième jour*. *On recommence ensuite dans le même ordre.*

« On doit frotter avec la paume de la main, largement, légèrement, et longtemps. Si quelques pustules se montrent

sur une partie, on cesse d'y appliquer d'autres frictions; car ce n'est pas pour déterminer une éruption, comme on le fait ordinairement, que je les emploie, mais pour faire pénétrer le médicament par absorption; ce n'est pas une action dérivative externe, mais une action altérante interne que je me propose d'exciter.

« Si on n'aperçoit aucun résultat, après avoir employé de cette manière la valeur de 15 grammes à 30 grammes d'émétique, il faut cesser l'application. J'observerai qu'aucune des malades soumises à cette médication n'offrit de phénomènes indiquant que le tartre stibié, ainsi administré, ait porté son action sur les voies digestives. »

Cette dernière réflexion de l'auteur prouve que l'absorption qu'il veut obtenir n'est du moins pas très-considérable, car les expériences faites avec le tartre stibié appliqué sur les surfaces dénudées ont prouvé que cette absorption, lorsqu'elle est un peu notable, ne tarde pas à produire l'action vomitive.

Parmi les *purgatifs* on choisit ordinairement ceux qui ne provoquent pas une grande irritation dans l'intestin, ou, en d'autres termes, les *laxatifs* : l'*eau de Sedlitz*, l'*huile de ricin* ou d'*épurge* à doses modérées. Les sels de *soude* et de *magnésie* remplissent cette indication. Ces moyens du reste ne doivent être considérés que comme des adjuvans. Dans aucun cas ils n'ont été administrés seuls.

Narcotiques à l'intérieur. Les narcotiques ne sont guère administrés à l'intérieur que dans les cas où les douleurs sont vives, et surtout lorsqu'il survient des symptômes de *dysménorrhée*. Il faut cependant faire une exception pour la *ciguë* qui, d'après plusieurs auteurs, parmi lesquels il faut citer MM. Récamier, Lisfranc et Duparcque, aurait procuré la

guérison, non-seulement de plusieurs métrites chroniques, mais encore de véritables *squirrhes de l'utérus*. Malheureusement encore nous ne possédons pas les observations qui pourraient servir à faire apprécier exactement l'action de ce médicament.

M. Lisfranc conseille de donner la *poudre de ciguë* à la dose de *cinq centigrammes*, que l'on double au bout de quinze jours, en augmentant successivement jusqu'à 15 et 20 centigrammes. Suivant M. Duparcque, l'extrait a autant d'efficacité, et n'a pas, comme la poudre, l'inconvénient d'occasionner le dévoiement et un sentiment désagréable à la gorge. Mais il importe de donner *l'extrait préparé à froid*, en faisant traverser le suc de la plante par un courant d'air continu. On sent combien il est nécessaire que des observations exactes et en nombre suffisant viennent nous éclairer sur l'efficacité de ce moyen, si souvent vanté et délaissé tour à tour dans tant de maladies chroniques.

Les autres narcotiques, comme *l'opium*, les sels de *morphine*, la *belladone*, le *datura*, ne sont administrés que pour calmer les douleurs, et il est par conséquent inutile d'insister sur ces moyens. Je dirai seulement qu'un des modes d'administration de l'opium les plus recommandés, est l'emploi de *lavemens laudanisés* plus ou moins réitérés.

Il faut, avec M. Duparcque, passer sous silence l'*acide hydrocyanique* dont l'action est très-contestable, parce que ce médicament dangereux ne doit être conseillé que dans les cas où l'expérience en a bien démontré l'utilité.

J'en dirai autant de l'*arsenic*. Il faudrait, pour qu'on pût avoir quelque confiance dans ce médi-

cament, que des faits bien détaillés nous en fissent connaître l'action presque jour par jour.

Résolutifs; fondans; désobstruans. Il serait beaucoup trop long d'entrer dans les détails de cette médication dirigée dans tous les cas où l'on a constaté l'existence de l'engorgement d'un viscère quelconque. Je dirai d'abord que parmi les moyens de ce genre, ceux qui sont le plus généralement employés sont les *boissons alcalines* et *les bains alcalins.* L'*eau de Vichy*, de *Néris*, de *Carlsbad*, d'*Ems* etc., est prescrite en boisson, et tous les jours on fait prendre aux malades un bain d'eau alcaline naturelle, ou un bain d'eau simple auquel on ajoute *quatre cents grammes de carbonate de soude.*

Mercuriaux. Les mercuriaux sont également employés dans le but de résoudre l'engorgement. Le *calomel*, les *pilules d'onguent mercuriel*, les *frictions mercurielles* sur les membres, l'application de la *pommade mercurielle* sur le col de l'utérus ont été fréquemment mis en usage; à ce sujet, il faut rappeler que la plupart des auteurs ont regardé le virus vénérien comme pouvant produire l'engorgement de l'utérus, et ont cité en preuve quelques cas où la disparition de cet engorgement a suivi l'usage des mercuriaux. Mais, dans ces cas, on a toujours employé plusieurs autres agens thérapeutiques, et, d'un autre côté, outre leur action spéciale, les mercuriaux en ont une autre qui les a fait ranger parmi les remèdes fondans. L'expérimentation n'a donc pas été faite de manière à ce qu'on se fasse une opinion bien arrêtée sur l'efficacité de ces médicamens.

Iode. Les mêmes réflexions s'appliquent à l'emploi de l'iode et de ses préparations, parmi lesquelles il

faut placer en première ligne l'*iodure de potassium*, qu'on peut prescrire de la manière suivante :

℞ Infusion de saponaire.................. 500 grammes.
Iodure de potassium.................. 5 grammes.

Dissolv.

Prendre, matin et soir, deux cuillerées à bouche de cette solution, dans une tasse de décoction de salsepareille.

« Dans le cas de contre-indication par les voies digestives, on administre, dit M. Duparcque (*loc. cit.*, p. 307), les préparations d'iode par la méthode iatraleptique, c'est-à-dire en frictions. On se sert pour cela de l'*hydriodate de potasse*, des *iodures de soufre*, de *plomb*, de *mercure*, auxquels on donne la forme de pommade en les incorporant à l'axonge. Les proportions sont de *quatre grammes du médicament* par *trente grammes d'axonge*. On augmente l'action résolutive de la pommade en y ajoutant quelques centigrammes d'iode (de 20 à 40). »

M. Duparcque a cité à l'appui de cette médication quelques observations. Mais il suffit de les parcourir pour s'assurer que le traitement a été compliqué, de manière à ce qu'il n'est pas possible de savoir d'une manière exacte quelle a été l'action de l'iode. J'ajoute seulement qu'on a surtout employé ce médicament dans les cas où l'on a supposé l'existence du vice scrophuleux.

Préparations d'or. Nous retrouvons encore ici les préparations d'or recommandées comme l'iode dans les cas où l'on peut attribuer la maladie au vice scrophuleux. Je ne rappellerai pas la manière d'administrer ces médicamens, elle est la même que celle qui a été indiquée à l'article scrophules (*voy.*

t. III.); je citerai seulement ce passage de M. Duparcque : « Le docteur Krimer, dit-il, portait immédiatement sur le col de l'utérus engorgé 10 *ou* 15 *centigrammes* d'*hydrochlorate d'or mêlé de sucre.* » L'indication de l'observation donnée par l'auteur étant fausse, je n'ai pas pu remonter à la source.

Révulsifs; dérivatifs. Les révulsifs sont placés par tous les auteurs au nombre des moyens les plus actifs contre la métrite chronique. Mais encore ici nous ne trouvons pas dans les observations des élémens suffisans de conviction. On a proposé les *vésicatoires volans* ou *à demeure*, les *cautères*, les *moxas* sur l'hypogastre, aux lombes, au pourtour du bassin. M. Duparcque cite une observation de M. Téallier, dans laquelle deux larges cautères ayant été appliqués sur les côtés de la partie inférieure de la colonne vertébrale, on constata qu'au bout de six mois l'engorgement, très-considérable, avait presque entièrement disparu. Les *sétons* à l'hypogastre ont été très-vantés; M. Lisfranc dit leur avoir vu produire des effets admirables dans plusieurs cas; mais une bonne expérimentation de ce moyen reste encore à faire; quant aux *moxas*, on y a rarement recours, à cause de la crainte qu'ils inspirent aux malades.

La *pommade stibiée*, un *emplâtre de poix de Bourgogne* saupoudré ou non d'émétique, les frictions avec l'*huile de croton*, avec un *liniment ammoniacal*, avec la *teinture de myrrhe* ou d'*aloès*, sont également employés dans le but d'exciter plus ou moins violemment la peau; mais rien ne prouve que ces moyens, dont quelques uns sont très-douloureux

quand on les emploie activement, soient autre chose que de simples adjuvans. Il en est de même des *ventouses sèches* autour du bassin, que quelques médecins conseillent de mettre en usage.

On peut rapprocher de ces moyens les *irrigations*, les *douches* sur le col de l'utérus, sur le bassin, sur les cuisses avec différens liquides excitans. Alibert a cité un cas où l'irrigation en forme de douche a paru avantageuse, et M. Lisfranc pense qu'on peut attendre de bons résultats de ce moyen trop négligé. Pour pratiquer cette douche, on se sert d'un baquet qu'on place à une hauteur plus ou moins considérable, suivant qu'on veut que le jet du liquide ait plus ou moins de force. On adapte à ce baquet un tube flexible, auquel on ajoute la canule à injections. Le liquide contenu dans le baquet remonte avec plus ou moins de force sur le col de l'utérus après l'introduction de la canule dans le vagin. On se sert pour ces douches d'une infusion de *plantes aromatiques* ou de tout autre liquide légèrement excitant. L'*eau simple* est aussi fréquemment employée. M. Lisfranc recommande surtout d'administrer ces douches presque froides. Il en est de même des douches à l'extérieur qu'on pratique à la manière ordinaire.

Enfin, on a conseillé de porter des injections simples ou médicamenteuses *jusque dans la cavité utérine*. Mais des accidens graves : l'augmentation des douleurs, l'exaspération de l'inflammation, et même le développement d'une péritonite, ont été la conséquence de ces injections dont il faut s'abstenir.

Moyens mécaniques. Nous avons vu plus haut

qu'un des grands inconvéniens de la métrite chronique est de donner lieu à un sentiment de tension dans l'abdomen, au renversement de l'utérus, et surtout à la chute de la matrice. Or convient-il, dans ces cas, d'employer des instruments pour maintenir la matrice à sa place? Quelques auteurs, et entre autres M. Lisfranc, affirment que, dans quelques cas, une *ceinture à coussin* appliquée sur l'hypogastre a réussi à calmer les tiraillemens que le poids de l'utérus fait éprouver dans les flancs et les lombes; mais les cas de ce genre sont rares, et bien plus souvent la pression exercée par le coussin de la ceinture exaspère les douleurs au point de les rendre insupportables. Dans tous les cas, on ne doit point avoir recours à ce moyen lorsque par la pression exercée sur l'hypogastre on détermine une douleur marquée; le repos dans une position convenable est alors le meilleur moyen de calmer les douleurs.

Quant aux *pessaires*, il résulte des observations que nous avons rassemblées, que dans tous les cas où l'existence de la métrite chronique a été bien constatée, ils ont eu pour effet d'augmenter considérablement l'intensité des symptômes. M. Lisfranc dit, il est vrai (*loc. cit.*, t. II, p. 721), qu'on peut, dans certains cas, retirer de grands avantages de ce moyen; mais comme il ne cite pas les cas, on ne saurait avoir aucune conviction à ce sujet. Toujours est-il que les pessaires, que je dois me borner à indiquer ici en général, ne doivent pas être employés lorsqu'il existe encore une sensibilité vive de l'organe.

Résumé ; précautions générales. Tel est ce traitement, dans lequel, comme on le voit on a multiplié les moyens thérapeutiques. Les auteurs que j'ai plu-

sieurs fois cités l'ont exposé avec de grands détails ; mais je dois le répéter et le regretter encore, ils n'ont pas fait une analyse rigoureuse des faits soumis à leur observation ; ils n'ont pas assez nettement posé le diagnostic, et le médecin qui veut se rendre compte des motifs qui ont fait conseiller tel ou tel moyen thérapeutique ne trouve le plus souvent que des affirmations ou des raisonnemens à la place des résultats de l'expérience. D'ailleurs l'étude du traitement de cette maladie prouve, encore une fois, que lorsque la pathologie est défectueuse, et lorsque le diagnostic présente des incertitudes, la thérapeutique ne peut pas être établie sur des bases solides.

Ce qui ressort de plus positif des détails dans lesquels je suis entré, c'est que, comme moyens curatifs, les antiphlogistiques aidés du repos, et, comme moyens palliatifs, les narcotiques, sont les médicamens sur lesquels on doit le plus compter.

Précautions générales.

Comme nous l'avons vu plus haut, le repos dans la position horizontale doit être toujours prescrit, à moins qu'il ne produise une irritation générale et des troubles de la digestion.

Les malades devront s'abstenir de tout ce qui peut exciter les organes génitaux ; on leur défendra sévèrement le coït.

Elles doivent éviter toutes les émotions morales vives.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines ; émolliens ; délayans ; narcotiques à l'extérieur ; bains du col de l'utérus, pansemens avec des pommades narcotiques ; injections ;

cataplasmes sur le bassin, dans le vagin; glace dans le vagin; vomitifs; purgatifs; émétique par absorption; narcotiques à l'intérieur; résolutifs; fondans; désobstruans; mercuriaux; iode; or; révulsifs; dérivatifs; injections dans la cavité utérine; moyens mécaniques.

ARTICLE VII.

MÉTRITE PUERPÉRALE.

Il y a quelques années, la métrite puerpérale avait plus d'importance qu'on ne lui en accorde aujourd'hui, parce que la manière dont on envisageait les affections qui surviennent après la parturition n'était pas celle qui est adoptée aujourd'hui par suite des progrès de la science. Les observations prises par M. Voillemier pendant une épidemie de *fièvre puerpérale* qui a régné à la clinique de la Faculté (*Histoire de la Fièv. puerp. qui a régné épid. à l'hôp. des Cliniques pendant l'année* 1838; Journ. des Conn. méd.-chir., 1840) ont surtout contribué à nous éclairer sur ce sujet important, et, depuis, plusieurs autres travaux que je ferai connaître plus tard sont venus confirmer les résultats obtenus par cet observateur. Il en est résulté que beaucoup de cas qu'on regardait comme de simples métrites ou des métro-péritonites puerpérales, ne sont autre chose que des exemples d'une affection générale dont les lésions de l'utérus et du péritoine voisin font partie.

Cependant il est des cas, et assez nombreux, comme nous pouvons tous les jours nous en convaincre, où toute la maladie est concentrée dans la

phlegmasie de l'utérus, et ces cas méritent d'être étudiés particulièrement.

M. Chomel (*Dict. de Méd.* t. XXX, p. 228) propose de diviser cette affection en *métrite puerpérale proprement dite*, c'est-à-dire celle qui survient immédiatement après la parturition, et *métrite post-puerpérale,* qui ne se manifeste que quelques jours après. Mais en examinant attentivement les faits, on voit que cette division n'est pas, d'après ce que nous venons de dire, aussi importante qu'elle le paraît au premier abord. M. Chomel, en effet, convient que les cas de métrite puerpérale proprement dite ont une physionomie toute particulière et se présentent rarement à l'état de simplicité. Or ce sont là précisément ces cas dans lesquels il y a un état général qui constitue ce que l'on appelle la *fièvre puerpérale*, et dans lequel la métrite est loin de jouer toujours le premier rôle. On trouve, il est vrai, dans ces cas, le tissu de l'utérus ramolli, gangrené, suppuré dans plusieurs points ; le pus se montre dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques, mais le péritoine est affecté ainsi que plusieurs autres organes, et ce qui est bien plus important à noter encore, c'est que la fièvre peut se produire dans toute son intensité, avec l'une ou l'autre de ces lésions, et parfois même en leur absence, ce qui prouve qu'elles ne sont pas essentielles.

Pour nous donc, la métrite puerpérale est précisément celle que M. Chomel appelle *métrite post-puerpérale,* et dans ce cas seul on peut se servir avec exactitude du nom de métrite, car c'est l'inflammation de l'utérus qui constitue toute la maladie. Cette explication était nécessaire pour éviter

toute confusion, et maintenant on comprendra bien quelles sont les limites que j'assigne à la métrite des femmes en couches.

§ Ier. — Définition; synonymie; fréquence.

On doit entendre par le nom de métrite puerpérale une affection caractérisée par l'inflammation de l'utérus, qui quelquefois se propage à un organe voisin, sans aucun de ces accidens redoutables qui indiquent une inflammation primitivement générale, comme les violens frissons, la suppuration de divers organes, la péritonite générale, le délire, etc.; car alors il y a une *fièvre puerpérale*, et non pas seulement une métrite.

Cette maladie ayant été récemment isolée d'un état général qui n'était pas parfaitement connu, la synonymie n'est pas riche. On la trouve désignée sous le nom de *métrite des femmes en couches*, ou confondue avec la métrite simple dans beaucoup de descriptions.

La métrite puerpérale telle que nous la comprenons ne laisse pas d'être *fréquente*. Dans ces derniers temps on en a vu de nombreux exemples dans les hôpitaux, et, pour ma part, j'en ai observé trois en deux mois dans un service de trente-trois lits de femmes où l'on ne reçoit pas particulièrement les femmes en couches. Tout le monde sait qu'il est certaines époques où cette inflammation se montre bien plus fréquemment que dans d'autres, sans qu'on en ait pu découvrir la raison, et c'est là le seul lien qui unisse cette métrite à la fièvre puerpérale.

§ II. — Causes.

Parmi les causes il en est une qui doit être mentionnée en première ligne; c'est un *repos insuffisant* après les couches. Nous verrons plus loin qu'ordinairement cette métrite ne se développe pas, comme celle qui se montre dans la fièvre puerpérale, immédiatement après l'accouchement, et que les malades se sont déjà levées avant les premières atteintes. C'est surtout parmi les femmes du peuple que se montre cette maladie sous l'influence de la cause dont il s'agit, parce que ces femmes croient pouvoir se livrer à leurs occupations après une semaine de repos, comme si on pouvait assigner une limite fixe à ce repos nécessaire après l'accouchement, et si l'on ne devait pas consulter l'état des organes.

Cependant l'existence de cette cause n'est pas nécessaire. J'ai actuellement dans mon service, à l'Hôtel-Dieu-Annexe, une femme qui y est accouchée, et qui a présenté le lendemain de sa fièvre de lait, et sans avoir quitté son lit, les symptômes d'une métrite intense qui ont augmenté les jours suivans. C'est dans ces cas qu'on doit admettre l'existence d'une cause générale, d'une *constitution médicale* dont la nature nous est inconnue.

Quelquefois, néanmoins, on a vu la métrite se déclarer presque immédiatement après l'accouchement, et, en pareil cas, on en a presque toujours trouvé la cause dans des *manœuvres violentes* nécessitées par un accouchement difficile, dans une *délivrance laborieuse* et *longue*, en un mot dans une irritation quelconque de l'utérus.

On doit rapprocher de la métrite dont nous nous

occupons celle qui survient après *l'avortement*, et qui assez souvent reconnaît pour causes les violences dont je viens de parler.

Il arrive quelquefois que le *placenta ne peut pas être extrait en entier*, qu'il en séjourne des fragmens plus ou moins considérable dans l'utérus, que ces fragmens s'y putréfient, et on a vu une métrite être la conséquence de cette espèce de rétention.

Enfin je citerai comme des causes dont on a rapporté des exemples, la présence de *caillots* plus ou moins volumineux dans l'utérus; *l'exposition au froid*, le *coït* exercé avant que l'utérus ait repris son état normal.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes de la métrite dont il s'agit dans cet article ne diffèrent réellement de ceux de la métrite simple aiguë que par leur plus grande intensité.

Début. Ainsi que le fait remarquer M. Chomel, il est rare que cette affection débute avant le quatrième ou le cinquième jour des couches, et après le vingtième ou le vingt-cinquième. C'est ordinairement du dixième au quinzième jour qu'on la voit apparaître. Il est également d'observation que les cas dans lesquels on observe un frisson initial sont tout à fait exceptionnels, ce qui, comme on le voit, rapproche beaucoup cette affection des phlegmasies simples. Les femmes, immédiatement ou quelques jours après leur fièvre de lait, commencent à sentir dans l'hypogastre des douleurs fugitives semblables à celles qu'on nomme *coliques utérines*, et qui existent peu de temps après l'accouchement; aussi s'effraient-

elles très-peu. Mais bientôt la douleur devient permanente, la fièvre s'allume, et la maladie est déclarée.

Symptômes. Les phénomènes les plus remarquables sont, sans contredit, la douleur hypogastrique et le gonflement de l'utérus.

La *douleur* est continue, avec un sentiment de *tension* et de *pesanteur* dans le bassin. Il y a par momens des *exacerbations*, mais beaucoup moins marquées que dans certaines congestions sanguines ou dans certaines hystéralgies.

Dans les cas que j'ai observés et dans ceux dont j'ai lu les observations, la douleur reste ordinairement circonscrite dans l'hypogastre et le bassin ; cependant quelquefois elle se propage aux flancs et aux lombes, et même jusque dans les cuisses, ce que nous avons, du reste, également constaté dans la métrite simple.

La *pression* exercée sur l'hypogastre, ainsi que la percussion, exaspèrent considérablement cette douleur. Lorsque la maladie est dans toute son intensité, on peut à peine presser légèrement sans arracher des plaintes à la malade. Le *toucher vaginal* fait constater également une sensibilité exagérée du col de l'organe.

L'*augmentation de volume* de l'utérus est telle qu'une *palpation* légère fait facilement reconnaître le corps de cet organe, globuleux et s'élevant jusqu'à un, deux ou trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic et même quelquefois jusqu'à ce point. La *tumeur* qui en résulte est ordinairement très-arrondie, sans inégalité, ferme et résistante. Par la *percussion* légèrement exercée autour d'elle, on trace ses limites en

constatant les points où finit le son intestinal, et où commence le *son mat* qu'elle produit. Ce moyen d'exploration démontre en même temps que les fosses iliaques sont sonores, ce qui sert à établir que la tumeur appartient réellement à l'utérus tuméfié. Je n'ai pas besoin de dire que cet examen doit être fait avec beaucoup de ménagement : l'extrême sensibilité de l'hypogastre l'exige.

L'introduction du doigt dans le vagin fait reconnaître *l'augmentation de volume du col* qui est quelquefois telle, qu'on a de la peine à faire passer le doigt entre cette portion de l'organe et la paroi vaginale qui l'entoure.

On a dit que la métrite a pour résultat, d'une part de *supprimer la secrétion du lait* et de l'autre *d'arrêter le cours des lochies*. Le fait est loin d'être constant, du moins à toutes les époques de la maladie. Dans les cas que j'ai observés, j'ai vu la sécrétion du lait continuer, quoique moins abondante; et quant aux lochies, je me suis assuré que souvent on se laissait tromper par les réponses des femmes. Alors même qu'elles me disaient que leurs lochies étaient supprimées, j'ai vu leur linge portant de larges taches qu'on ne pouvait attribuer qu'à cet écoulement. Ce n'est pas à dire pour cela que l'observation générale soit fausse : je veux seulement constater qu'on a exagéré la valeur de ces symptômes. Toujours est-il que si, à une époque rapprochée du début de la maladie, on voit les sécrétions se supprimer plus ou moins notablement, il est ordinaire de voir se reproduire les lochies lorsque les symptômes commencent à s'amender; et il en est de même de la sécrétion laiteuse, lorsque les femmes veulent allaiter.

Des symptômes généraux ordinairement intenses accompagnent les symptômes locaux qui viennent d'être indiqués. La *chaleur de la peau* s'élève notablement et on observe une moiteur considérable, quelquefois des *sueurs* assez abondantes. Le *pouls* est large, plein, résistant et fréquent. Dans les cas que j'ai observés, il s'est élevé à cent dix, cent vingt et cent trente pulsations au plus fort de la maladie. Les malades perdent complétement l'*appétit ;* la *soif* est ordinairement assez vive. La *langue* est blanche, souvent humide, parfois pâteuse. Les symptômes fébriles augmentent la nuit, et l'on observe assez souvent de l'agitation et un peu d'insomnie.

Telle est la métrite puerpérale à son état de simplicité; s'il s'y joint une inflammation du péritoine voisin, des annexes de l'utérus, ou du tissu cellulaire des fosses iliaques, de nouveaux symptômes dus à ces complications viennent rendre l'état plus grave. Mais il serait inutile de les indiquer; elles seront étudiées dans les articles consacrés à l'histoire de ces maladies, et ne présentent pas de caractères particuliers dans les cas dont nous parlons.

Je n'ai pas mentionné les suppurations plus ou moins étendues de la matrice, la *gangrène superficielle ou profonde de cet organe*, en un mot ces altérations qui font, comme je l'ai dit plus haut, partie de la fièvre puerpérale. Cependant on peut très-bien concevoir que dans les cas dont il est ici question l'inflammation soit assez intense pour donner lieu à ces suppurations ou cette gangrène ; mais ces cas sont au moins extrêmement rares. Lorsqu'ils se présentent à l'observation, on reconnaît l'existence des lésions excessivement graves dont il s'agit, aux *fris-*

sons irréguliers qui se produisent, à *l'abattement des forces*, à l'expression *d'anxiété de la face*, à la *décomposition des traits*, aux *sueurs froides*, au *ballonnement du ventre*, au *dévoiement*, et en même temps à l'exaspération du mouvement fébrile, à la *petitesse extrême du pouls* coïncidant avec une *augmentation notable de sa fréquence*. La *gangrène* présente en outre, comme caractère particulier, l'aspect très-sanieux des lochies, et l'*odeur sui generis* qu'elles exhalent. La mort survient presque toujours dans les cas de ce genre, qui méritent encore d'être étudiés, afin de s'assurer qu'ils consistent uniquement dans la phlegmasie de l'utérus et qu'ils ne doivent pas être rattachés à la *fièvre puerpérale*, dont je présenterai plus tard la description.

§ IV. — Marche; durée ; terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est continue. J'ai indiqué les exaspérations de la douleur qui ont lieu par momens; mais ces espèces de coliques utérines ne changent rien à cette marche. Dans quelques cas, on a vu des exacerbations plus marquées qu'on pouvait rapporter à des imprudences (fatigues, écarts de régime) de la part des malades; mais le plus souvent, lorsque ces exacerbations se montrent d'une manière très-tranchée, c'est qu'il survient une complication qui consiste ordinairement dans la suppuration d'un des annexes de l'utérus. Les exacerbations ne doivent donc pas être regardées comme appartenant à la métrite elle-même.

La *durée* de la métrite puerpérale simple est peu considérable dans la très-grande majorité des cas;

dans tous ceux que j'ai observés, les symptômes ont commencé à s'amender au bout de quatre ou cinq jours, et l'amélioration a marché ensuite avec la plus grande rapidité. Lorsque l'affection est de longue durée, c'est presque toujours parce qu'il est survenu une complication, ou que les malades ont commis les imprudences déjà signalées.

C'est surtout quand il s'agit de la *terminaison* de la maladie qu'il faut avoir égard à la distinction établie plus haut. Autant, en effet, la métrite liée à la fièvre puerpérale est grave et fréquemment mortelle, autant celle dont nous nous occupons ici se termine facilement par la guérison. M. Rayer (*Journal des Connais. méd.-chir.*, mai 1846) a vu l'utérus rester volumineux pendant un ou deux mois, chez les femmes atteintes de métrite. Les cas de ce genre sont rares; ils indiquent que la *métrite est devenue chronique*, ce que l'on reconnaît d'ailleurs à l'existence d'autres symptômes d'inflammation. Dès que ces symptômes se sont dissipés, l'utérus rentre rapidement dans la cavité du bassin, ce qui commence à avoir lieu, dans la très-grande majorité des cas, immédiatement après la cessation ou la diminution des symptômes aigus.

Il n'est pas impossible néanmoins que la maladie se termine par la mort; mais alors on trouve presque toujours, à l'autopsie, des complications graves (abcès, péritonite) qui viennent rendre compte de cette terminaison funeste.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques propres à la métrite dont

nous nous occupons consistent dans une augmentation de volume ordinairement très-considérable de l'utérus; dans la rougeur, la friabilité, la mollesse parfois extrême de son tissu. Quelquefois, en le pressant entre les doigts, on le réduit à une consistance pulpeuse. Il n'est pas rare, néanmoins, de trouver le tissu pâle et conservant une assez grande cohésion; mais il faut, dans ces cas, prendre garde de confondre la métrite avec la fièvre puerpérale, dont la distinction est si importante.

On a trouvé dans l'intérieur de la matrice des fragmens de placenta décomposés, des caillots plus ou moins organisés. Quant aux foyers purulens, à la gangrène de la surface interne de l'utérus, aux gangrènes partielles de ses parois, nous avons vu plus haut que presque toujours elles se montrent dans des cas de fièvre puerpérale; nous y reviendrons plus tard.

Ainsi, plus nous avançons, plus nous voyons que la métrite puerpérale, celle qui mérite réellement ce nom, ne diffère de la métrite simple que par la violence de ses symptômes et la profondeur ainsi que la plus grande étendue de ses lésions.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Le diagnostic de cette affection ne présente jamais de difficulté sérieuse; c'est pourquoi je n'insisterai pas longuement sur ce point.

On ne saurait confondre avec aucune autre maladie une métrite survenant quelques jours après l'accouchement, commençant par des douleurs fixes dans l'hypogastre, s'accompagnant promptement

d'un gonflement de l'utérus qui est très-facilement apprécié par la palpation, à l'aide de laquelle on constate en même temps une vive sensibilité à la pression. La tumeur formée par la *vessie distendue* ressemble à celle que produit le gonflement inflammatoire de l'utérus, mais elle est moins dure, moins douloureuse, et le cathétérisme, s'il en était besoin, lèverait bientôt tous les doutes. Ce n'est donc pas là une difficulté.

Lorsque la maladie survient presque immédiatement après l'accouchement, ce qu'on observe quelquefois, et surtout lorsque le mouvement fébrile précède les symptômes locaux ou se montre avec quelque intensité dès leur début, on peut craindre l'invasion d'une *fièvre puerpérale ;* mais la marche de la maladie, et sa circonscription évidente au bout de peu de temps dans la matrice, vient promptement fixer le diagnostic. Je le répète, il est inutile d'insister sur ce point.

§ VII. — Traitement.

Dans l'immense majorité des cas, le traitement doit être des plus simples. J'ai vu constamment cette métrite céder en cinq, six ou huit jours au *traitement antiphlogistique* et à l'emploi de l'*opium* à dose modérée.

On pratique une ou plusieurs *saignées générales*, en ayant égard à la force des malades et aussi aux pertes de sang qu'elles ont pu déjà éprouver, car cette métrite peut se développer chez des femmes déjà rendues presque exsangues par des hémorrhagies durant l'accouchement. Puis on applique quinze,

vingt ou vingt-cinq *sangsues* à plusieurs reprises, s'il est nécessaire. Le point sur lequel se fait ordinairement cette application est l'hypogastre. Un fait qui mérite d'être rappelé, c'est que parfois, après que les symptômes graves se sont dissipés, il reste encore un gonflement douloureux de l'utérus qui peut persister pendant plusieurs jours. Dans deux cas, j'ai vu, après deux ou trois jours d'attente, pendant lesquels l'amélioration de l'état local semblait s'être arrêtée, une dernière application de sangsues faire disparaître la douleur du jour au lendemain, et dès ce moment l'utérus rentrer rapidement dans le bassin. Les *ventouses* scarifiées pourraient remplacer les sangsues; mais lorsque le mal est à son summum, leur application est quelquefois tellement douloureuse qu'elle ne peut pas être supportée.

Cinq ou dix centigrammes d'*opium* chaque jour suffisent pour procurer aux malades des nuits plus calmes et pour apaiser les douleurs. On peut encore prescrire des *lavemens laudanisés* à une faible température, et quelques médecins proposent d'employer des *suppositoires opiacés;* mais rien ne prouve que cette manière d'administrer l'opium ait aucun avantage sur les autres.

Entretenir la liberté du ventre par des *laxatifs;* appliquer des *cataplasmes émolliens* ou des fomentations émollientes sur l'abdomen; prescrire un repos absolu, commander une *diète* sévère les premiers jours, et n'accorder ensuite les alimens légers qu'avec prudence, tels sont les moyens qui viennent compléter ce traitement qui, comme je le disais plus haut, est des plus simples.

Dans les cas où l'inflammation est plus profonde,

où l'on a à redouter la suppuration de l'utérus ou de ses annexes et la gangrène superficielle ou profonde de l'organe, on doit insister fortement sur les mêmes moyens. Mais nous avons vu combien ces cas sont rares. Lorsque les abcès se sont formés, on a recours à un traitement qui sera exposé à l'occasion des *phlegmons du bassin et de la fosse iliaque* (*voy.* plus loin un article consacré à ces abcès); et dans les cas où l'on a affaire à une gangrène, on emploie les *antiseptiques* qui bien souvent restent sans effet.

J'ai dit que dans quelques cas, malgré les moyens mis en usage, il reste un certain degré d'inflammation qui prend la forme chronique. On a alors recours aux *mercuriaux*, à l'*iode* et aux autres agens thérapeutiques indiqués à l'article *Métrite chronique* (*voy.* p. 119 et suiv.). Je n'y reviens pas ici, parce qu'ils n'offrent rien de particulier, dans leur application, à la maladie qui nous occupe.

ARTICLE VIII.

GRANULATIONS; ÉROSIONS; ULCÉRATIONS SIMPLES DE L'UTÉRUS; ULCÈRES SYPHILITIQUES.

Je réunis sous ce titre des lésions qui présentent assurément des différences dont il faut tenir compte, mais qui ont aussi d'assez nombreux points de contact. Ces lésions ont été désignées sous les noms de *métrite granuleuse* et de *métrite ulcéreuse*, et ont été rangées parmi les métrites chroniques; mais elles occupent une si petite étendue d'une seule partie de l'organe, que ce nom de métrite ne me paraît pas devoir leur être conservé, quoique

néanmoins on ne puisse douter qu'elles ne présentent un caractère inflammatoire incontestable.

Il n'y a pas longtemps que ces affections sont connues d'une manière un peu satisfaisante. Avant que l'usage du spéculum se fût répandu, on ne pouvait qu'en soupçonner l'existence, et dans les premières années de l'emploi de ce traitement, on se forma sur elles des opinions très-diverses, parce que l'étude n'en était pas assez avancée. Aujourd'hui les innombrables faits qui ont passé sous les yeux des médecins ont fourni matière à une histoire assez exacte de ces maladies; et cependant, il faut le dire, il reste encore beaucoup à faire, parce que ces faits ont été étudiés d'une manière trop générale et trop vague pour conduire à des résultats aussi précis qu'on peut le désirer.

1°. *Granulations utérines. — Définition; synonymie; fréquence.* « Nous désignons sous ce mot, dit M. Chomel (*Dict. de Méd.*, t. XXX, p. 253), une affection assez commune du col de l'utérus, caractérisée anatomiquement par la présence d'une surface rouge et grenue qui commence à l'orifice utérin et s'étend de proche en proche sur une étendue plus ou moins considérable du museau de tanche, et ayant pour principaux symptômes un écoulement glaireux plus ou moins abondant et un sentiment de pesanteur dans le bas ventre. » Cette dernière partie de la définition de M. Chomel ne peut être admise, parce qu'elle ne s'applique pas à tous les cas. On trouve, en effet, tous les jours des malades qui ont, avec des granulations utérines, un écoulement utérin muco-purulent, et d'autres qui n'éprouvent aucune pesanteur dans le bassin. Aujourd'hui personne ne

nie plus que ce ne soit là un véritable état pathologique, et personne ne confond ces granulations avec de véritables ulcérations. Tout porte, au contraire, à regarder cette lésion comme identique aux granulations inflammatoires dont nous avons signalé l'existence dans le vagin (*voy. Vaginite granuleuse*, p. 231), aux petites saillies que présente l'estomac dans la gastrite chronique, et qui lui donnent l'*aspect mamelonné*, aux granulations du pharynx dans certains cas d'inflammation chronique de cette partie. Cet *état granulé*, en un mot, que je pourrais suivre dans d'autres muqueuses, et qui dans chacune d'elles est identique au fond, quoique les modifications de structure entraînent quelques modifications dans les apparences de la lésion, cet état granulé est un indice de l'inflammation des muqueuses, et ne saurait être considéré, dans le siége dont il s'agit ici, comme une affection *sui generis*. Seulement, sa grande fréquence sur le col de l'utérus, les symptômes auxquels il donne lieu, les soins particuliers qu'ils réclament, lui donnent un intérêt pratique incontestable, et exigent que nous en parlions avec quelques détails.

Cette maladie a encore reçu les noms de *métrite granuleuse* ou *granulée*, d'*ulcération granulée* et de *métrite mamelonnée*. Sa *fréquence* est très-grande, et tous les jours, à mesure que l'emploi du spéculum devient plus répandu, on constate l'existence d'un plus grand nombre de cas.

Causes. Tous les auteurs s'accordent à dire que l'étiologie des granulations utérines est des plus obscures. Est-ce parce que la recherche des causes présente des difficultés insurmontables, ou parce

qu'elle n'a pas été faite convenablement? Cette dernière supposition me paraît se rapprocher le plus de la vérité, car nous ne possédons pas d'observations complètes de cette maladie, et tout le monde sait combien, dès qu'on a constaté l'état matériel de l'organe, on glisse rapidement, dans le plus grand nombre des cas, sur l'interrogatoire qui seul pourrait faire connaître la cause de l'affection.

Ce que nous savons de plus positif, c'est que les granulations utérines se montrent presque exclusivement chez les *femmes qui ont eu des enfans* ou qui sont affectées d'une *blennorrhagie aiguë ou chronique*. Les médecins qui s'occupent des maladies vénériennes savent combien il est fréquent de rencontrer des granulations utérines chez des femmes qui se présentent pour une vaginite, alors même qu'elles n'ont jamais eu d'enfans; et, d'un autre côté, nous avons vu une forme de la vaginite chronique (*voy. Vaginite granuleuse*, p. 233) donner lieu, par continuité de tissu, à de véritables granulations utérines. Ces considérations prouveraient, s'il en était besoin, que la maladie est de nature inflammatoire, et les faits que je viens d'indiquer, démontrent qu'on aurait tort de croire, avec quelques auteurs, que les femmes qui ont eu des enfans sont seules sujettes à la maladie qui nous occupe.

On a dit que le *passage continuel de mucosités* plus ou moins altérées, leur séjour dans la partie supérieure du vagin, la malpropreté, peuvent produire les granulations utérines; mais, 1° dans beaucoup de cas, il ne sort de l'orifice du col qu'une matière albumineuse évidemment non irritante; 2° tout porte à croire que lorsqu'il y a un écoulement muco-

purulent, c'est par la surface granulée elle-même qu'il est produit; et 3° on voit beaucoup de femmes qui avec une leucorrhée abondante, et qui irrite les parties génitales externes, ne présentent pas de granulations du col de l'utérus.

Nous trouvons ensuite l'indication de ces causes que nous avons vues mentionnées dans toutes les maladies de l'utérus : excès de coït, masturbation, injections irritantes, fatigues, etc. Mais à quoi servirait de les énumérer plus longuement, lorsque tout le monde convient que leur existence n'est pas mise hors de doute par l'observation? Il en est même, comme les excès de coït et la masturbation, qui n'ont évidemment pas l'action qu'on leur attribue, ce que savent très-bien les médecins préposés à la visite des filles publiques.

Symptômes. Il faut dire d'abord que le *début* de cette affection est tout à fait insensible; c'est au point que lorsque la plupart des malades commencent à se plaindre, on découvre, par l'examen direct, des gradulations occupant déjà une grande étendue et évidemment fort anciennes.

Lorsque la maladie est confirmée, les symptômes peuvent être encore très-légers. C'est ainsi qu'un assez bon nombre de malades n'éprouvent aucune douleur, aucune pesanteur vers le bassin, et si ce n'était un certain degré de *leucorrhée* qui détermine un état général de langueur et des troubles digestifs plus ou moins marqués, elles ne se croiraient nullement malades.

La *douleur* n'est donc pas un caractère essentiel des granulations utérines. Il y a plus, c'est que lorsqu'elle existe à un certain degré, on peut assez

fréquemment constater qu'elle ne dépend des granulations que d'une manière indirecte. Je m'explique : les douleurs qu'on observe dans les cas dont il s'agit se font sentir vers les aines, vers les lombes, elles s'irradient plus ou moins loin, et si on suit leur trajet, on voit qu'elles ne sont autre chose que ces douleurs nerveuses que j'ai signalées dans la leucorrhée simple, sans granulations du col. Quelquefois, il est vrai, en portant le doigt sur le col de l'utérus, on détermine de la douleur, mais il faut encore prendre garde de se laisser tromper par les apparences. Cette douleur est souvent très-limitée, elle ne correspond pas aux granulations, et si on examine le trajet des nerfs lombaires, on trouve des points douloureux qui font connaître l'existence d'une névralgie à laquelle participe l'utérus. Je reviendrai sur ces faits quand il sera question de la névralgie utérine. Il est d'autres cas où la douleur occupe tout le col; mais ce sont des cas où il existe une inflammation du parenchyme utérin; en sorte que, sans nier absolument qu'un certain degré de douleur puisse dépendre des granulations elles-mêmes, je dois dire qu'il n'existe pas de faits qui le prouvent, et qu'il en est, au contraire, un grand nombre, dans lesquels on voit manquer ce symptôme.

Il y a un *écoulement* constant; mais, ainsi que je l'ai dit plus haut, la matière de cet écoulement n'est pas toujours la même. Souvent on voit s'échapper du col de l'utérus comme un ruban de matière transparente, visqueuse, semblable à du blanc d'œuf cru, qu'on a plus ou moins de peine à détacher. Dans d'autres circonstances, cette matière présente un aspect louche, sans perdre sa viscosité et sa té-

nacité, et dans d'autres enfin, elle est blanche, plus fluide, et s'écoule dans le vagin dans lequel elle s'étale sans former cette masse que je viens d'indiquer. L'abondance de cette matière est du reste très-variable; elle est telle chez certaines femmes, même alors qu'il ne s'écoule qu'un liquide albumineux, que les parties génitales externes, et même les cuisses, peuvent en être baignées.

Doit-on regarder la matière albumineuse qui s'écoule ainsi comme une sécrétion morbide de la surface granulée? C'est ce que n'hésite pas à dire M. Chomel. Mais quand on examine attentivement les faits, on n'ose pas se prononcer aussi affirmativement. A qui n'est-il pas arrivé de voir s'échapper de l'utérus cette matière albumineuse en assez grande abondance, alors même qu'il n'existe pas de granulations du col de la matrice? C'est un fait que nous avons constaté en exposant l'histoire de la *leucorrhée* (*voy.* p. 252). Cette sécrétion n'appartient donc pas en propre aux granulations. Tout ce que l'on pourrait dire, c'est que la présence des granulations à l'orifice du col détermine une excitation dans les parties environnantes d'où résulte cette sécrétion de matière albumineuse, qu'on doit, dans l'état actuel de la science, regarder comme une exagération de la sécrétion normale. L'écoulement muco-purulent paraît plutôt pouvoir être rapporté aux surfaces granulées, et l'on peut concevoir que le flux albumineux venant du col de l'utérus, masque seulement, dans un grand nombre de cas, cette sécrétion muco-purulente. Du reste, il faut reconnaître que ce point demande d'autres recherches.

Le *toucher* n'apprend rien de bien positif sur

l'état du col de l'utérus. Lorsque les granulations sont très-saillantes, on peut, il est vrai, sentir les petites inégalités qu'elles produisent sur la surface du col utérin, et pour que cette sensation soit bien nette, on doit promener son doigt sur toute l'étendue de cette partie de l'organe, de manière à juger par comparaison entre la partie lisse et la partie légèrement rugueuse; mais cette exploration ne suffit pas, et il faut avoir recours au spéculum. Le toucher peut en outre servir à constater s'il existe ou non une complication consistant en un engorgement de l'utérus, et pour cela il faut le pratiquer comme je l'ai indiqué à l'article *métrite chronique*.

L'*examen à l'aide du spéculum* est donc indispensable; il fait seul parfaitement reconnaître la nature du mal et son étendue. Après avoir introduit cet instrument, on voit à l'orifice utérin, et dans une étendue plus ou moins grande d'une des lèvres du col ou des deux à la fois, une plaque granulée qui présente l'aspect suivant.

La *forme* de la plaque est plus ou moins parfaitement arrondie. En écartant les lèvres du col avec les valves du spéculum, on peut s'assurer qu'elle a son origine dans les bords mêmes de l'orifice et qu'elle pénètre plus ou moins profondément dans la cavité. Parfois elle entoure l'orifice comme un anneau plus ou moins large; quelquefois elle est beaucoup plus étendue sur une lèvre ou sur un des côtés que dans les autres points; parfois aussi, mais plus rarement, elle n'occupe qu'une seule lèvre. Il est rare que les granulations forment plusieurs plaques séparées; cependant il y a des variétés très-nombreuses, et je ne peux décrire ici que ce qui

se présente le plus ordinairement. On voit, dans certains cas, une très-grande étendue du col envahie par ces granulations agglomérées.

La *couleur* de ces plaques granulées est variable; cependant il est ordinaire de les trouver d'un rouge obscur très-prononcé. Dans certains cas, elles sont rosées, rouge pâle, et dans d'autres bleuâtres ou violacées. On n'a pas fait de recherches convenables pour savoir si ces diverses colorations correspondent à la plus ou moins grande ancienneté de la maladie. « La coloration, dit M. Chomel (*loc. cit.*), varie peu dans les examens successifs, chez les mêmes femmes; quelquefois cependant elle diminue ou augmente d'intensité. »

Les limites de la plaque granuleuse sont très-tranchées ordinairement; c'est-à-dire que la transition de la couleur rouge et de l'aspect un peu rugueux qu'elles présentent, à la pâleur et à l'aspect lisse du reste de la muqueuse du col utérin, se fait très-brusquement sans rougeur intermédiaire.

Les *granulations* qui composent ces plaques sont ordinairement très-petites et très-rapprochées les unes des autres. Elles dépassent rarement le volume d'un grain de millet ou de la tête d'une très-petite épingle. Dans certains cas elles sont plus volumineuses et plus écartées, on les voit parfois égaler le volume d'un grain de chènevis, et l'on en a même observé qui étaient grosses comme une petite lentille (Chomel, *loc. cit.*); mais les cas de ce genre sont très-rares. Je n'ai jamais vu de granulations aussi grosses.

La surface granulée saigne ordinairement avec assez de facilité; on a fréquemment l'occasion de

s'en assurer, l'extrémité du spéculum venant les toucher au moment de l'introduction.

On doit profiter de cet examen par le spéculum pour s'assurer en même temps si le reste du col de l'utérus est à l'état normal, s'il n'est pas tuméfié, etc.

Nous avons vu que le symptôme qui attire le premier l'attention dans la maladie qui nous occupe, est l'*écoulement*, la perte blanche. C'est celui qui engage le plus les femmes à consulter le médecin. On ne doit donc pas être étonné de voir que tous les symptômes qui accompagnent les *flueurs blanches* se montrent chez les malades affectées de granulations utérines. Ce serait tomber dans des redites inutiles que de les exposer de nouveau ici ; je me contenterai donc de rappeler que ce sont des troubles digestifs plus ou moins grands (dégoût des alimens, inappétence, digestions laborieuses, gastralgie, entéralgie); un état de langueur marqué; parfois de l'amaigrissement; des douleurs nerveuses. Quelquefois ces symptômes sont portés au plus haut degré, et l'on peut s'assurer qu'ils sont presque toujours en rapport avec l'abondance de l'écoulement. J'ai dernièrement observé, chez une femme affectée de cette maladie, un phénomène qui n'est pas fréquent : ce sont de petits frissonnemens presque continuels et fatigans, se faisant sentir dans toutes les parties du corps sans exception.

Il n'est pas rare de voir les femmes qui présentent les granulations utérines être affectées de *dysménorrhée ;* l'*aménorrhée* se montre bien plus rarement, et, lorsqu'elle existe, il est loin d'être certain qu'elle a pour cause ces granulations.

Il est un point sur lequel M. Chomel a insisté et

qui a une importance réelle : c'est l'obstacle que ces granulations apportent à la fécondation. Je ne saurais mieux faire que de rapporter le passage où se trouvent consignées les remarques de cet auteur à ce sujet : « Un autre phénomène, dit-il (*loc. cit.* p. 257), qui coïncide chez quelques femmes avec l'état granulé du col, c'est l'*absence de conception.* Cette stérilité est facile à concevoir quand on réfléchit que la tuméfaction de la membrane muqueuse qui tapisse la surface interne de l'orifice du museau de tanche, et la présence, dans cet orifice, d'une certaine quantité de mucus visqueux et adhérent, sont de nature à mettre obstacle à la fécondation, en empêchant la pénétration du sperme dans la cavité utérine. Dans un certain nombre de cas, du moins, l'examen le plus attentif ne fait constater aucune autre lésion organique, aucun changement de position de la matrice qui puisse rendre compte de l'absence de conception; et ce qui tend à prouver encore mieux l'influence des granulations du col, c'est que l'on voit des femmes atteintes de cette affection, et qui sont restées stériles durant plusieurs années de mariage, devenir enceintes après la guérison. » J'insiste sur ce fait, parce qu'il prouve combien il est important de traiter ces granulations utérines. J'en ai observé moi-même un exemple très-frappant, en ce que la conception a eu lieu très-peu de temps après la guérison. Cependant il est vrai de dire que chez un bon nombre de femmes l'obstacle ne paraît nullement insurmontable. Des recherches plus précises seraient utiles sur ce point.

Marche; durée; terminaison. La *marche* des granulations utérines est essentiellement chronique.

Cette lésion, comme nous l'avons vu plus haut, passerait longtemps inaperçue et ferait des progrès sourds ou resterait stationnaire, si les pertes blanches et les symptômes qui en résultent n'engageaient les femmes à se faire examiner, et, par suite, à se soumettre au traitement approprié. Il arrive même souvent que les choses se passent ainsi pendant un temps fort long, l'écoulement blanc étant pris pour une *leucorrhée* simple, et le médecin négligeant l'examen direct.

La *durée* de la maladie est extrêmement longue lorsque le traitement ne vient pas l'abréger. Elle peut persister pendant un grand nombre d'années. On peut dire que cette affection n'a pas de tendance à se *terminer* par la guérison, du moins pendant le temps où les femmes sont encore réglées. Après l'âge critique, tout porte à croire que, dans la très-grande majorité des cas, les granulations disparaissent, car on trouve alors très-peu d'exemples de cette affection. Du reste, on ne doit redouter aucune terminaison funeste; il n'est pas un seul exemple authentique de dégénération de cette lésion en maladie organique profonde.

Ce que j'ai dit en exposant l'examen à l'aide du spéculum me dispense de parler des *lésions anatomiques*, sur lesquelles l'inspection cadavérique ne nous a, d'ailleurs, rien appris de nouveau.

Diagnostic. Si l'on voulait porter le diagnostic sans recourir à l'inspection à l'aide du spéculum, on éprouverait de grandes difficultés. La leucorrhée, la dysménorrhée, les troubles de la digestion, l'irritation nerveuse, pourraient faire soupçonner l'existence de cette affection, mais non en donner la

certitude. Nous avons vu également que le toucher ne donnait une sensation particulière que dans certains cas. Mais en examinant les malades avec le spéculum, on arrive bientôt à un diagnostic positif. Les seules lésions, en effet, avec lesquelles on pourrait confondre les granulations sont de simples rougeurs du col, des érosions, ou des ulcérations simples superficielles.

Les *rougeurs du col* se montrent ordinairement à l'époque des règles et quelquefois après des excès de coït; elles ne sont autre chose, en ce cas, que de simples ecchymoses; elles ont un aspect violacé; la muqueuse est lisse à leur surface, et elles ne tardent pas à disparaître. Les *érosions* aussi bien que les rougeurs ont leur siége indifféremment sur les diverses parties du museau de tanche; elles sont généralement d'un rouge plus vif, n'offrent pas l'aspect uniformément granulé, et ne font pas de relief. Ordinairement même elles sont déprimées, ce que l'on peut constater facilement en examinant leurs bords. Les *ulcérations simples*, qui sont rares et qui ne sont que l'exagération des érosions, offrent les mêmes caractères distinctifs à un plus haut degré.

Pronostic. On ne peut pas dire que le pronostic soit grave. Il ne faut pas oublier néanmoins ce que nous avons dit sur la tendance de la maladie à se perpétuer, sur les incommodités très-grandes qu'elle occasionne, et sur l'obstacle qu'elle apporte à la conception.

Traitement. On a beaucoup multiplié les moyens de traitement contre les granulations utérines; mais si on examine attentivement les faits, on voit qu'un

très-petit nombre de ces moyens sont réellement nécessaires. Il serait par conséquent tout à fait inutile d'insister sur beaucoup d'agens thérapeutiques qui pourraient faire perdre de vue ceux qui sont réellement avantageux, et nuire plutôt que d'être utiles à la pratique.

Le *traitement antiphlogistique* n'a aucun avantage contre les granulations, à moins qu'il n'existe quelque complication. La médication qui convient réellement à cette maladie, et qui, lorsqu'elle est bien dirigée, procure toujours la guérison, est la *cautérisation*, à laquelle on joint quelques moyens adjuvans.

Cautérisation. On a proposé de pratiquer la cautérisation avec diverses substances, et d'abord avec les *caustiques liquides*, tels que le *nitrate acide de mercure*, l'acide *nitrique*, l'acide *sulfurique*, etc. A l'aide de ces caustiques on a obtenu des guérisons incontestables, et l'on ne peut pas dire qu'il faille les proscrire. Mais il faudrait établir, par l'observation et non par des raisonnemens, qu'ils ont plus d'avantages, qu'ils guérissent plus promptement et plus sûrement que les caustiques solides, avant de les recommander exclusivement, comme l'ont fait quelques auteurs. Il le faudrait, parce que les caustiques liquides peuvent se répandre sur le vagin et occasionner de vives douleurs, et parce que, en les employant, on ne peut pas mesurer aussi bien qu'avec les autres la profondeur de la cautérisation: que le pinceau soit un peu plus ou un peu moins humecté, et la cautérisation est plus ou moins active.

Quoi qu'il en soit, c'est le *nitrate acide de mer-*

cure qu'on emploie le plus fréquemment à cet effet. Pour pratiquer la cautérisation avec ce liquide, on se sert du spéculum plein, avec lequel on embrasse bien le museau de tanche; on débarrasse le col de ses mucosités, soit avec un bourdonnet de coton porté sur un manche, soit par une petite injection; puis à l'aide d'un pinceau de charpie dont les brins sont coupés courts, dont le manche est long, et qu'on égoutte après l'avoir trempé dans l'acide, on touche le point malade, en appuyant légèrement pendant un temps très-court. Cela fait, sans retirer le spéculum, on fait une injection sur le col pour entraîner les parties du liquide qui n'auraient pas encore agi. Après cette cautérisation, la plupart des médecins prescrivent un bain et le repos presque absolu pendant tout le reste de la journée. J'ai vu à l'hôpital de Lourcine ces précautions négligées, sans qu'il soit arrivé aucun accident.

Parmi les *caustiques solides* qu'on a employés, je citerai la *potasse caustique*, la *pâte de Vienne*, le *même caustique solidifié* et le *nitrate d'argent*. La potasse caustique et la pâte de Vienne sont généralement abandonnées, parce qu'il n'est pas facile d'en limiter l'action. Le *caustique de Vienne solidifié*, que M. Filhos a obtenu par une préparation particulière, est bien plus facilement manié; mais dans la maladie qui nous occupe on n'a nullement besoin d'un caustique aussi puissant, et le *nitrate d'argent*, lorsqu'il est employé convenablement et avec la persévérance nécessaire, remplit toutes les conditions désirables. C'est, d'après les faits que j'ai observés à Lourcine et dans plusieurs autres hôpitaux, le caustique qui mérite la préférence quand il s'agit des

granulations utérines sans complication. C'est aussi celui que choisit M. Chomel, qui a vu et traité un très-grand nombre de cas de ce genre.

La cautérisation par le nitrate d'argent ne présente aucune difficulté. On peut la pratiquer avec toute espèce de spéculum. On se sert du crayon de nitrate d'argent qu'on promène sur la plaque granuleuse. Il est bon de dépasser les limites de cette plaque, et il n'y a aucun inconvénient même à toucher toute la surface du col et la partie supérieure du vagin. La plupart des auteurs recommandent de prescrire le repos, dans la position horizontale, pendant quelques heures après la cautérisation, et de faire prendre un bain ensuite. Les faits les plus nombreux prouvent que ces précautions n'ont aucune utilité; la cautérisation n'a aucune espèce d'inconvénient, et le traitement réussit aussi bien quand on les néglige complétement. Cette remarque n'est pas sans importance; car souvent on a à traiter des femmes qui ne peuvent ni garder le repos, ni prendre le bain ensuite, et qui aiment mieux abandonner toute médication que de se soumettre à ces précautions. La cautérisation par le nitrate d'argent doit être pratiquée d'abord deux fois par semaine, puis tous les huit jours jusqu'à la fin du traitement, qui dure ordinairement de six semaines à deux mois.

Pour venir en aide à ce traitement, on a recours à des injections détersives ou astringentes, avec l'*acétate de plomb*, l'*alun*, la décoction de *racine de ratanhia*, de *noix de galle*, de *feuilles de noyer.* Quelques médecins veulent même qu'on laisse dans le vagin un tampon de charpie, ou une petite éponge imbibée de ces liquides; mais M. Mélier (*loc. cit.*),

qui a suivi ce conseil, a trouvé que le plus souvent ces corps étrangers devenaient gênans, occasionnaient de la douleur et irritaient le col de l'utérus et le vagin. Les mêmes réflexions s'appliquent aux *astringens réduits en poudre* et portés sur le col à l'aide d'un bourdonnet de charpie.

On a conseillé d'employer uniquement les astringens dans un but curatif, et, pour rendre leur effet plus grand, on a, le spéculum étant en place, lancé avec force les injections sur le col. Il n'existe pas de relevés de faits qui puissent nous faire connaître d'une manière précise la valeur de ce traitement, et par conséquent il suffit de le mentionner, surtout lorsque nous venons d'en exposer un autre dont l'efficacité est incontestable. Ayant, à l'hôpital de Lourcine, mis en usage, dans quelques cas, les injections d'eau de feuilles de noyer poussées avec force sur le col, j'ai vu parfois survenir une amélioration évidente, mais j'ai été toujours obligé de terminer le traitement par la cautérisation avec le nitrate d'argent.

Quelques médecins, supposant que les granulations du col sont, dans quelques cas, le résultat d'un vice dartreux, ont prescrit l'*eau sulfureuse* en *bains*, en *boisson*, en *injections;* d'autres ont recommandé les *bains alcalins;* mais tous ces moyens, utiles comme adjuvans, ne peuvent être regardés comme des moyens curatifs.

En même temps qu'on emploie la cautérisation, on peut, si l'écoulement est abondant, placer sur le col un *tampon de charpie* sèche destiné à absorber l'humidité, et qu'on change fréquemment; mais bien qu'on ait voulu en faire le moyen principal du trai-

tement, on ne doit le regarder, avec les précédens, que comme un simple adjuvant.

Enfin il faut calmer les douleurs nerveuses, donner des toniques, des ferrugineux, des opiacés pour les souffrances de l'estomac, mettre en œuvre les moyens utiles contre la dysménorrhée. Tous ces moyens, j'ai eu trop souvent l'occasion de les indiquer pour qu'il soit de la moindre utilité d'y revenir ici.

2°. *Erosions du col de l'utérus.* Les érosions du col de l'utérus ont moins d'importance que les granulations. Nous n'en connaissons pas les *causes.* On a dit que ces lésions sont dues au passage continuel d'un mucus altéré; mais M. Duparcque (*loc. cit.*) n'a point observé ce rapport de cause a effet, et il a vu la sécrétion morbide dépendre bien plutôt de ces érosions que les produire. Dans un cas cité par M. Magistel, elles étaient selon toutes les apparences occasionnées par la *présence d'un pessaire.* Ce point d'étiologie est encore un sujet de recherches à signaler aux observateurs.

Symptômes. La *douleur* est plus remarquable dans les érosions que dans les granulations. Elle se manifeste particulièrement dans le coït, et est rendue vive par le contact du doigt dans l'acte du toucher. Voici, au reste, comment M. Duparcque qui s'est occupé plus particulièrement de ces lésions, s'exprime au sujet des symptômes :

« Les signes dit-il, (*loc. cit.*, p. 374), qui font soupçonner l'existence de ce genre d'affection sont un *sentiment de chaleur brûlante*, de *prurit incommode* dans le fond du vagin, des *douleurs vives* du col de l'utérus éveillées par le contact du doigt, et qui ren-

dent surtout le coït pénible. Mais le principal et le plus marqué est fourni par l'*écoulement* plus ou moins abondant qui constitue la leucorrhée, et qui a longtemps attiré seul l'attention des praticiens : ce n'est que depuis qu'on a popularisé l'usage du spéculum, qu'on a vu que beaucoup de ces écoulemens étaient dus à des affections ulcéreuses du vagin, et surtout de l'utérus. Dans ce cas, la matière ne provient pas seulement de la surface érodée; l'irritation qui s'irradie au reste de l'utérus augmente sa sécrétion, et ce produit lui-même, par son contact avec le vagin, y excite et altère la sécrétion normale de ce conduit. Mais ce signe n'est pas constant, la suppuration peut être assez peu abondante pour que la matière, pour ainsi dire perdue dans le canal vaginal, ne vienne point se manifester au dehors. »

Comme on le voit par cette description, beaucoup de signes des érosions se rapprochent de ceux des granulations, que, du reste, M. Duparcque ne distingue pas d'une manière très-rigoureuse. On les complète par le toucher et par l'examen à l'aide du spéculum.

Le *toucher*, outre la douleur qu'il produit, fait reconnaître l'existence d'une très-légère perte de substance qui se fait sentir vers les bords de l'érosion. On sent en passant de la surface saine à la surface malade, une petite arête qui indique le commencement de l'ulcération un peu déprimée.

A *l'aide du spéculum*, on voit une surface d'un rouge plus ou moins vif, siégeant tantôt sur une lèvre, tantôt sur l'autre, et quelquefois sur les deux. Elle est irrégulière, et on distingue facilement la saillie de ses bords qui sont entourés d'une aréole rouge plus ou moins large.

L'écoulement qui accompagne ces érosions étant ordinairement assez abondant, il en résulte assez fréquemment des symptômes semblables à ceux qui viennent d'être indiqués à propos des granulations, et que par conséquent je ne dois pas reproduire ici.

Traitement. Le traitement antiphlogistique est plus souvent applicable aux érosions qu'aux granulations du col de l'utérus. On y a recours lorsque, ainsi que le fait remarquer M. Duparcque, l'érosion est « d'un rouge vif, sensible, douloureuse, et repose sur un fond engorgé, congestionné, enflammé. Le sujet est-il jeune et fort, continue cet auteur, on débute par une *saignée*, on le soumet à un *régime rafraîchissant,* on pousse doucement et fréquemment des *injections* de *liquides mucilagineux* et *narcotiques* à température basse, comme d'une décoction de racine de *guimauve*, ou de *graine de lin* et de *tête de pavot*, ou on les remplace par des *cataplasmes* à demeure; les *bains entiers* et les *bains de siége presque froids* conviennent également.

« On proscrit toute espèce de fatigue, on éloigne les causes qui ont déterminé ou qui entretiennent l'érosion, et on recommande principalement le *repos absolu des organes;* on surveille les évacuations alvines, et on prescrit un *régime approprié.* »

Il y a bien loin, comme on le voit, de ces données vagues aux préceptes rigoureux qui résultent d'une bonne analyse des faits; mais les recherches ont été faites trop négligemment pour qu'il soit possible d'indiquer quelque chose de plus précis.

Lorsque l'inflammation est peu vive, ou lorsque, à l'aide des moyens qui viennent d'être indiqués, on

l'a notablement apaisée, on a recours au traitement que jai exposé avec détail à propos des granulations, et auquel je renvoie le lecteur.

3°. *Ulcérations simples.* On désigne sous le nom d'ulcérations simples ou *d'ulcères bénins* du col de l'utérus, des pertes de substance plus profondes que les précédentes et qui ne sont pas dues au cancer utérin. Cette affection est rare. MM. Duparcque et Téallier n'en rapportent que quelques exemples. Il est vrai que le premier de ces deux auteurs décrit sous le nom d'*ulcère cancroïde* une affection dont la nature est mal définie, et qui, selon toutes les apparences, n'est qu'un de ces ulcères devenu plus profond, ayant son siége sur l'utérus chroniquement enflammé et induré, et ayant acquis par là un aspect particulier.

Nous ne sommes guère plus instruits sur les *causes* des ulcères que sur celles des érosions. On les a rapportés aux *excès de coït* et à la présence *de corps* étrangers, mais le degré d'action de la première de ces causes n'est pas bien connu; on a encore attribué la production des ulcères au *vice dartreux* et aux *vices scrophuleux et scorbutique;* mais je ne peux m'empêcher de dire encore ici que les faits sont bien insuffisans pour nous faire apprécier l'influence de ces causes. A peine les auteurs ont-ils cité une ou deux observations, et il est remarquable que l'action du *virus syphilitique* pourrait être invoquée bien plutôt que celle des dartres, du scorbut et des scrophules.

Symptômes. Les ulcères dont il s'agit sont *douloureux, saignans*, et donnent lieu à un *écoulement* souvent fort abondant.

Par le *toucher* on augmente la douleur, on provoque l'écoulement d'une certaine quantité de sang, et l'on sent une *déperdition de substance* souvent considérable, puisqu'on a vu une des lèvres du col en grande partie détruite. Il ne faut pas néanmoins s'en rapporter toujours à l'apparence, parce que l'ulcération existant souvent sur une partie tuméfiée, boursouflée, paraît plus profonde qu'elle ne l'est réellement. Sa surface est ordinairement molle au toucher et assez souvent inégale.

A *l'aide du spéculum*, on voit le col gonflé, d'un rouge obscur, et sur l'une ou l'autre des lèvres, un *ulcère* souvent irrégulier, à bords boursouflés, à surface d'un rouge brun, d'où s'échappe une petite quantité de sang aussitôt qu'on en touche la surface soit avec le spéculum, soit un peu fort avec le pinceau.

Les autres symptômes sont semblables à ceux des granulations et à ceux de la métrite chronique du col. Il est facile, par conséquent, de s'en représenter le tableau.

Traitement. Lorsque l'ulcère est très-douloureux et enflammé, on met en usage le traitement antiphlogistique recommandé pour les érosions qui se trouvent dans le même cas.

Si l'ulcère est peu douloureux, on met en œuvre les astringens, et surtout la *cautérisation.* Je n'ai point indiqué, à propos des lésions précédentes, la *cautérisation avec le fer rouge* employée par quelques praticiens et principalement par M. Jobert (de Lamballe), qui en a obtenu de véritables succès dans le traitement de diverses maladies de l'utérus. Les érosions et les granulations guérissent trop bien par

les moyens que j'ai indiqués, pour qu'on ait recours à cette cautérisation effrayante pour beaucoup de malades. Mais quand il s'agit des ulcères profonds dont je viens d'exposer rapidement les caractères, on peut rencontrer des cas où ces moyens sont insuffisans, et alors le cautère actuel offre une précieuse ressource. C'est surtout lorsque l'ulcère a un aspect fongueux et saigne très-facilement, que ce moyen est utile et procure en peu de temps (trois semaines ou un mois pendant lesquels on pratique deux, trois ou quatre cautérisations) une guérison complète. Cette cautérisation ne détermine pas plus de douleur que les autres, et, avec certaines précautions, elle n'offre aucun danger. Mais j'y reviendrai plus loin, et j'en parlerai avec plus de détails, car nous trouverons d'autres affections dans lesquelles M. Jobert la met en usage.

4°. *Ulcères syphilitiques.* Je ne dois pas m'étendre longuement sur les ulcères syphilitiques. Ceux que je dois mentionner ici, sont les ulcères secondaires, car j'ai parlé des *chancres ou ulcères primitifs*, au commencement de ce volume.

Pour prouver qu'il ne convient pas d'entrer ici dans de grands détails sur ces lésions spécifiques, il me suffit de faire remarquer que les ulcères syphilitiques dont il s'agit n'ont, pas plus que ceux qu'on observe ailleurs, et notamment dans le pharynx, de caractères qui servent constamment à les faire distinguer. Dans tous les cas où l'on a pu les diagnostiquer, c'est en ayant recours aux renseignemens fournis par les malades, en ayant égard au caractère rebelle de la lésion, en recherchant s'il n'existait pas, dans d'autres parties du corps, des traces de syphilis

constitutionnelle, et enfin, en s'éclairant des effets du traitement. Or, il suffit d'indiquer ces sources de diagnostic pour tracer au praticien la conduite qu'il doit suivre.

Puis, lorsqu'on a lieu de croire que l'ulcère est de nature syphilitique, on soumet la malade au *traitement mercuriel*, on prescrit l'*iodure de potassium*, en un mot, on met en usage les moyens que j'ai tant de fois indiqués, à propos des ulcérations syphilitiques, ayant soin, toutefois de ne pas négliger le *traitement local* (injections, cautérisations, calmans) qui vient en aide au traitement spécifique, et de combattre, s'il y a lieu, par le traitement antiphlogistique, les accidens inflammatoires.

ARTICLE IX.

CANCER DE L'UTÉRUS.

Le cancer de l'utérus ne pouvait être bien connu que lorsque l'anatomie pathologique aurait fait d'assez grands progrès. On trouve dans les anciens auteurs, sous les dénominations de *ulcus uteri*, des indications qui prouvent qu'ils n'ignoraient nullement l'existence d'affections graves et profondes de la matrice qui entraînent les malades au tombeau, mais bien des états divers étaient nécessairement confondus par eux. Aujourd'hui, outre les progrès de l'anatomie pathologique, nous avons des moyens d'exploration qui ont dû nécessairement jeter un grand jour sur le diagnostic du cancer utérin, et cependant nous verrons plus loin qu'il est encore des questions litigieuses, et que si les auteurs modernes sont d'accord

lorsque la maladie a fait de très-grands ravages, il n'en est plus de même lorsqu'elle n'est encore parvenue qu'à une époque peu éloigné de son début. Parmi ceux qui, depuis le commencement de ce siècle, ont publié les recherches les plus importantes sur cette grave affection, il faut citer Bayle (*Remarq. sur les Ulcères de la matrice;* dans Journ. de Corvisart, etc.; an XI; t. V.), les docteurs Siebold (*Ueber den Gebaermutterkrebs*, etc.; Berlin, 1827), Téallier (*du Cancer de la Matrice*, etc.; Paris, 1836); Montgomery (*sur la première période du Cancer*, etc.; Dubl. Journ., 1842), les auteurs qui, comme M. Duparcque, Mme Boivin, Dugès, ont fait des traités des maladies de l'utérus, et plusieurs autres que j'aurai à citer dans cet article.

Parmi ces travaux, celui de M. Téallier se fait remarquer par le soin avec lequel l'auteur a traité tous les points de l'histoire du cancer utérin, et j'aurai fréquemment occasion de lui faire des emprunts.

Diverses divisions, toutes fondées sur l'anatomie pathologique, ont été suivies dans la description du cancer de l'utérus. M. Duparcque distingue les formes suivantes : 1° *cancer hypersarcosique;* c'est le cancer fongueux qu'on a appelé aussi choufleur cancéreux, cancer granulé, etc.; 2° *cancer sanguin;* c'est le cancer hématoïde, ou squirrhe brun ramolli, etc.; 3° *cancer squirrheux*, d'autres lui ont donné le nom de cancer tubéreux; 4° *cancer encéphaloïde;* et 5° *cancer ulcéré.* Mme Boivin et M. Dugès, distinguent seulement la *forme tubéreuse* et la forme *ulcéreuse.*

Ces distinctions n'ont pas toutes une grande importance; ainsi il y a de la subtilité à séparer le

cancer fongueux, du cancer hématoïde. La division la moins inutile pour la pratique est celle qu'ont adoptée M[me] Boivin et M. Dugès, parce que, suivant que le cancer est ulcéré ou non, on peut, d'une manière générale, juger des progrès plus ou moins grands qu'a faits la maladie; mais en somme il ne faut pas regarder ces distinctions comme capitales, et il suffit, dans la description, de dire un mot des particularités qu'elles présentent. C'est ce que nous avons fait quand nous avons eu à parler des cancers siégeant dans d'autres organes.

§ Ier. — Définition; synonymie; fréquence.

Je crois devoir reproduire ici, en changeant seulement le nom de l'organe, la définition que j'ai donnée du cancer de l'estomac, parce que, après avoir examiné les faits, j'ai acquis la conviction qu'il n'y a pas de différence essentielle entre cette affection et celle dont il s'agit ici, et qu'on ne peut y trouver que des nuances résultant du siége différent du mal. C'est au reste ce qui ressortira de la description que je vais présenter.

Je dis donc que le cancer de l'utérus consiste dans une *dégénérescence spécifique* d'une partie ou de la totalité de cet organe, dégénérescence d'où résultent tous les symptômes de l'affection, aussi bien au début qu'à une époque avancée de la maladie. J'ajoute ces derniers mots pour qu'on comprenne que, dans ma manière de voir, la maladie n'est pas, dans son principe, une simple inflammation qui dégénérerait ensuite en cancer; mais que, dès les premiers temps, et lorsque plusieurs auteurs ne parlent encore que d'un simple engorgement, le cancer existe.

On trouve cette maladie désignée, dans les auteurs, sous les noms de *ulcus uteri*, *scirrhus* ou *schirrus uteri*, *uteri degeneratio; ulcère de l'utérus*, *ulcération cancéreuse*, *squirrhe*, *cancer de la matrice; engorgement squirrheux*, *cancéreux de la matrice.*

La grande *fréquence* du cancer de l'utérus est bien connue de tout le monde. Mme Boivin et M. Dugès, faisant leurs recherches sur plus de sept cents cas de cancer chez la femme, ont trouvé 409 fois le cancer de l'utérus, c'est-à-dire dans plus de la moitié des cas. On peut dire, d'une manière générale, que cette affection cancéreuse est celle qu'on observe le plus souvent.

§ II. — Causes.

M. Téallier (*loc. cit.* p. 82 et suiv.) est, de tous les auteurs, celui qui a étudié les causes avec le meilleur esprit de critique et en tenant le plus constamment compte des faits. Ce ne sont pas encore là néanmoins des résultats bien précis, et tels qu'en exigent les progrès réels de la science; mais ce sont les documens les plus précieux que nous puissions consulter.

1°. *Causes prédisposantes.*

Age. Tout le monde sait combien est grande l'influence de l'âge dans la production du cancer de l'utérus. C'est, en effet, presque toujours vers la fin de la grande période de la menstruation, ou peu de temps après la cessation complète des règles, que se manifeste le cancer utérin. Aussi est-ce de quarante à cinquante ans que les femmes en présentent le plus grand nombre d'exemples. Il n'est

cependant pas rare de voir des femmes qui ont passé ce dernier âge être atteintes de cette affection ; on l'a même observée jusqu'à soixante-quinze et quatre-vingts ans; mais ces cas sont exceptionnels. Suivant M. Téallier, « si on interroge bien les malades sur les circonstances antécédentes, dans les cas où le cancer s'est produit à un âge très-avancé, on ne tarde pas à reconnaître que chez ces malades la vie organique de l'utérus avait conservé beaucoup d'activité après la disparition de sa faculté génératrice; que, chez la plupart, l'époque critique avait été très-orageuse; qu'il avait existé alors des altérations méconnues de l'utérus; que l'état d'inertie de l'organe avait condamné la maladie à rester stationnaire, ou à faire des progrès tellement lents, qu'ils étaient restés inaperçus, et qu'enfin la dégénération, qu'on trouve alors parvenue à sa dernière période, remonte pour son début à la cessation des règles. »

La question soulevée par les propositions de M. Téallier, a une importance réelle, car il ne s'agit de rien moins que du degré d'action qu'il faut accorder à l'époque critique sur la production du cancer. Malheureusement, M. Téallier, ne fait que mentionner des faits probablement confiés à sa mémoire, ce qui est bien loin de suffire quand il s'agit de semblables questions. On a peine à croire que des cancers puissent rester à l'état stationnaire pendant vingt-cinq et trente ans, ou faire des progrès assez lents pour qu'un temps aussi considérable soit nécessaire pour rendre la maladie évidente. Il faudrait donc entrer dans tous les détails des faits pour prouver que les choses se sont passées réellement ainsi; et nous ne trouvons que des affirmations.

Après la période de quarante à cinquante ans, celles qui fournissent le plus grand nombre d'exemples de cancer sont, suivant M. Lever (*Trans. médic.-chirurg.*; Londres, 1839), d'abord celle de trente à quarante ans, puis celle de vingt à trente. Dans les cas rassemblés par M. Dugès et Mme Boivin, il n'en a pas été ainsi, car la période de vingt à trente ans a fourni plus de cas que celles de trente à quarante ans. Il y a, comme on le voit de nouvelles recherches à faire à ce sujet.

Parmi les causes prédisposantes, on a rangé des influences bien opposées. Ainsi l'on a dit que les *excès de coït*, les *jouissances précoces*, les *couches nombreuses*, *l'avortement*, les *accouchemens laborieux* prédisposent au cancer utérin, et d'un autre côté on a affirmé que le *célibat*, une *continence* trop rigoureuse peuvent placer les femmes dans la même prédisposition. M. Téallier a fait ressortir la contradiction de ces assertions, et j'ajoute qu'elles sont le résultat d'impressions vagues et générales, et nullement l'expression de relevés de faits. Il faut faire une exception pour les *couches*. M. Lever (*loc. cit.*) a trouvé en effet, en faisant ses relevés statistiques, que le cancer utérin se rencontre plus fréquemment chez les femmes qui ont eu des enfans que chez celles qui n'ont eu ni accouchemens ni fausses couches. Mais on n'a pas réfléchi à une circonstance bien importante : le nombre des femmes qui ont eu des enfans, et qui sont parvenues à l'âge où se montre le cancer utérin, est, dans une immense proportion, supérieur à celui des femmes qui n'en ont jamais eu; qu'y a-t-il donc d'étonnant à ce que les premières donnent un plus grand nombre de cancérées? La sta-

tistique est, sans doute, une chose de la première utilité, mais il faut en connaître toutes les difficultés et tout prévoir, pour ne pas arriver à des résultats faux.

On a encore placé parmi ces causes, les *affections syphilitiques.* Or, rien ne prouve que le virus vénérien puisse donner naissance au cancer, et les faits qu'on a mentionnés (faits vagues et incertains) en faveur de cette opinion, n'ont pas de valeur réelle. Lorsqu'on dit que les filles publiques meurent presque toutes des suites du cancer utérin, on affirme un fait, dont tout tend à prouver l'inexactitude, comme on peut s'en assurer en parcourant les recherches de Parent Duchâtelet (*de la Prost. dans la ville de Paris*) et celles des auteurs qui se sont spécialement occupés des maladies vénériennes.

Je ne fais que mentionner, parmi ces causes, la *stérilité*, parce que dans les faits qu'on a cités pour prouver l'action de cette prétendue cause, rien ne prouve qu'il y ait eu autre chose qu'une simple coïncidence, et que même on peut penser que, dans les cas où l'affection s'est produite à un âge peu avancé, elle a été la cause de la stérilité, bien plutôt qu'elle n'en a été l'effet.

Les *affections morales*, les passions tristes, les chagrins de longue durée, sont rangées, par tous les auteurs, parmi les causes dont il s'agit. On a sans doute des motifs de croire que ces affections morales qui agissent sur l'économie d'une manière si fâcheuse, peuvent avoir cette triste influence; mais il y a bien loin entre ces probabilités et la certitude que donnerait un relevé bien fait d'observations nombreuses.

La grande *irritabilité* des sujets; une *sensibilité*

morale excessive, sont des caûses qui se lient à la précédente. Mais n'a-t-on pas confondu l'irritabilité produite par la maladie elle-même, avec une irritabilité préexistante qui aurait pu agir seule dans la production de la maladie? C'est ce que l'analyse de faits mieux observés que ceux que nous possédons pourrait seule nous apprendre.

Reste enfin l'*hérédité*. Mais à ce sujet je n'aurais rien à dire qui ne se trouve dans l'histoire des autres cancers, et par conséquent du cancer en général qui, comme on sait, est regardé généralement comme une maladie éminemment héréditaire.

2°. *Causes occasionnelles.*

Nous n'avons pas de renseignemens plus précis sur les causes occasionnelles.

Quelques auteurs regardent comme pouvant produire le cancer de l'utérus les *inflammations* plus ou moins répétées de cet organe, ou plutôt, dans leur manière de voir, le cancer n'est autre chose que la conséquence, le dernier terme d'une inflammation chronique qui, ayant été longtemps négligée, se termine par la dégénération du tissu utérin en tissu squirrheux et encéphaloïde. J'ai déjà eu occasion de discuter cette question, à propos d'autres cancers, et notamment du *cancer de l'estomac* (*voy.* t. V, p. 230); je me contenterai de dire ici que cette opinion n'est nullement fondée sur l'analyse exacte des faits, mais bien sur de simples apparences et sur des raisonnemens. Un des argumens les plus puissans qu'on puisse lui opposer, c'est la très-longue durée de l'inflammation sans production de cancer, tandis qu'on voit fréquemment celui-ci se produire chez des

femmes qui n'ont jamais présenté aucun signe d'inflammation de l'utérus. Mais ce n'est pas là la seule raison à faire valoir; nous trouverons plus loin, dans les symptômes, dans leur succession, dans les lésions anatomiques, d'autres preuves convaincantes. Je les exposerai dans le paragraphe consacré au *diagnostic.*

Suivant M. Téallier (*loc. cit.* p. 89), les *fluxions périodiques* qu'éprouve l'organe aux époques des *règles* devraient être considérées comme une des principales causes déterminantes du cancer qui l'affecte si souvent. C'est là une proposition entièrement dénuée de preuves solides. La difficulté de la menstruation à l'époque critique n'est pas un argument aussi puissant que paraît le croire cet auteur. Sans doute si l'âge auquel se produit ce cancer différait complètement de l'âge où cette affection se montre dans les autres organes, on pourrait regarder comme presque certain que ce trouble de la menstruation a une grande influence; mais il n'en est pas ainsi, comme chacun sait. Il faudrait donc procéder différemment pour arriver à la vérité. Je suis loin toutefois de dire que l'influence de cette cause est inadmissible; je dis seulement que, pour arriver à la solution de cette question difficile, il faudrait avoir étudié l'état de la menstruation chez un grand nombre de malades, et s'assurer par là si la fluxion périodique plus ou moins marquée chez les femmes a l'effet qu'on lui attribue.

Je mentionnerai maintenant des causes que nous voyons invariablement reparaître, lorsqu'il s'agit d'une affection quelconque ayant son siége dans l'utérus : ce sont les *excès de coït;* l'*usage des pes-*

saires; les *injections irritantes*, etc., etc.; on conçoit que je n'ai pas à m'arrêter sur ces causes banales.

En dernière analyse, l'incertitude dans laquelle nous laissent toutes les assertions des auteurs, jointe à la manière dont la maladie se développe, aux lésions qu'elle produit, à la facilité avec laquelle elle se reproduit lorsqu'on l'a extirpée, à sa manifestation fréquemment simultanée dans diverses parties du corps à la fois; en un mot toutes ces considérations, que tous les auteurs qui ont bien étudié le cancer ont toujours fait valoir, nous forcent à reconnaître l'existence d'une *cause spécifique* qui nous est entièrement inconnue dans son essence, et que quelques auteurs ont désignée sous le nom de *diathèse cancéreuse*, expression qui peut être juste pour la grande majorité des cas, mais qui ne s'applique pas à ceux où le cancer paraît dans le principe entièrement renfermé dans les limites d'un seul organe, et n'affecte que plus tard toute l'économie.

§ III. — Symptômes.

La seule division qu'il faille admettre pour l'étude des symptômes est celle qui distingue le cancer en *non ulcéré* et *ulcéré*. C'est celle que je vais suivre, après avoir dit un mot du début en général.

Début. L'étude du début doit porter sur tous les cas, quelle que soit la forme du cancer, parce que rien ne prouve que cette forme influe sur la manière dont la maladie se manifeste dans les premiers temps. Peut-être néanmoins un examen plus attentif nous fera-t-il connaître plus tard quelques différences; mais avec les faits que nous possédons il est impossible d'en trouver aucune.

Le symptôme du début le plus remarquable, celui qui mérite de fixer d'une manière toute spéciale l'attention du médecin, est la *métrorrhagie*. J'ai déjà dit, dans un autre article (*métrite chronique*), qu'il résulte des recherches inédites de M. Louis que, dans l'immense majorité des cas, le début du cancer est marqué par une hémorrhagie utérine plus ou moins abondante; j'ai ajouté que, depuis que mon attention a été fixée sur ce point, je n'ai jamais vu cette maladie commencer autrement. Voici maintenant ce que nous apprennent les observations recueillies par les auteurs :

Les ouvrages de MM. Duparcque et Téallier contiennent 17 observations suffisamment détaillées, et qui ne laissent aucun doute sur la nature de la maladie [1]. Dans ces 17 cas, treize fois la métrorrhagie s'est déclarée, si ce n'est absolument au début, du moins très-peu de temps après. Il est même des cas, où le début a été évidemment marqué par ce symptôme; je citerai, par exemple, les 139e et 142e observations de M. Duparcque. Dans la plupart des autres, on parle d'irrégularité de la menstruation, et dans quelques unes, de la douleur, comme ayant précédé l'hémorrhagie; mais, sous ce rapport, les faits sont présentés avec si peu de précision, qu'on ne peut pas saisir exactement la succession des symptômes. Des quatre observations qui nous restent, il en est trois qui ne parlent en aucune manière de l'hémorrhagie utérine; mais il faut remarquer que

[1] Je crois devoir donner ici les numéros de ces observations, pour qu'on puisse vérifier ce que j'avance. Dans l'ouvrage de M. Téallier, ce sont : les 8e, 9e, 12e, 13e, 20e, 22e, 23e, 24e, 25e, 26e et 27; et dans celui de M. Duparcque : les 126e, 138e, 139e, 142e, 143e et 145e.

ces observations, assez complètes sous d'autres rapports, sont très-sobres de détails sur les symptômes des premiers temps de la maladie, ou plutôt qu'on s'y contente d'exposer les signes qui prouvent actuellement l'existence du cancer. Enfin, dans la quatrième, il semble qu'il n'y a pas eu d'hémorrhagie, mais le fait n'est pas affirmé, et on peut conserver des doutes à cet égard.

De ce qui vient d'être dit il résulte que l'hémorrhagie est un des symptômes qui apparaissent les premiers dans le cancer utérin ; que, dans un certain nombre de cas, ce symptôme se montre sans que rien ait pu en faire craindre l'apparition; que dans quelques autres, cette apparition *paraît* avoir été précédée d'une certaine irrégularité de la menstruation (abstraction faite, bien entendu, de l'irrégularité du temps critique), de douleurs plus ou moins vives, et peut-être d'un écoulement particulier; enfin (et c'est là le point capital, celui que j'aurai occasion de rappeler plus loin, et sur lequel les auteurs n'ont pas fixé leur attention), que dans aucun des cas authentiques et évidens que nous avons pu rassembler, le cancer n'a été précédé des longues souffrances et des autres symptômes propres à la métrite chronique.

On voit, d'après ces considérations, que la métrorrhagie, hors le temps de la parturition, ne doit jamais être examinée trop légèrement par le médecin. Ce n'est pas à dire pour cela que ce symptôme annonce toujours un état grave; bien loin de là, car tous les jours on observe des pertes utérines qui n'ont pas de conséquence fâcheuse; mais voici les circonstances qui feront plus particulièrement redou-

ter l'invasion d'une affection organique. La métrorrhagie qui se manifeste au début du cancer, a lieu fréquemment hors du temps où doivent apparaître les règles; elle se montre parfois après la cessation complète de la menstruation; elle est souvent abondante. Ces circonstances devront par conséquent être soigneusement notées quand il s'agira de fixer le début du cancer de l'utérus; et si, à la suite d'une hémorrhagie de ce genre, on voit apparaître de la pesanteur vers le rectum, des douleurs utérines, un écoulement continuel, en même temps qu'on constate un gonflement avec dureté, irrégularité, pâleur du col, on doit regarder la maladie comme confirmée.

Symptômes. 1°. *Cancer non ulcéré.* C'est, dans l'immense majorité des cas, pendant la première période de la maladie que le cancer se présente sans ulcération. Il est bien rare, en effet, qu'on voie cette affection conduire par elle-même les malades au tombeau, sans qu'il se soit produit des ulcères plus ou moins profonds, qui souvent détruisent non-seulement l'utérus, mais encore les organes voisins. Presque toujours, lorsqu'on a eu l'occasion d'examiner anatomiquement le cancer non ulcéré de l'utérus, les malades avaient été emportées par une maladie intercurrente qui avait été d'autant plus grave, qu'elle les avait trouvées dans un état de dépérissement plus marqué. On a décrit plusieurs *formes* de cancer non ulcéré; mais il suffira d'indiquer les particularités qu'elles présentent, lorsque je décrirai l'exploration de l'organe par le toucher et à l'aide du spéculum.

La *douleur* est un des phénomènes les plus

importans du cancer de l'utérus; mais c'est surtout lorsque le cancer s'est ramolli et s'est ulcéré qu'elle se produit. Il n'est pas très-rare, en effet, de voir des femmes, ayant eu les symptômes du début, et présentant un engorgement squirrheux évident, ne pas éprouver de douleurs réelles. Mais il en est très-peu qui ne ressentent pas dans le bassin un sentiment continuel de *plénitude*, et vers le périnée une *pesanteur* incommode qui se fait principalement sentir lorsqu'elles marchent et lorsqu'elles sont assises. Parfois même les véritables douleurs se manifestent dès les premiers temps, et consistent alors en des *tiraillemens* dans les lombes et les aines, en des *élancemens* dans les mêmes parties, dans l'hypogastre et parfois dans les cuisses. Au reste, nous manquons de recherches bien précises sur l'intensité de ces douleurs, et sur leur forme dans les premiers temps de la maladie. La douleur peut être très-fortement exaspérée par la *pression;* ce que l'on constate en touchant par le vagin pour le col, par le rectum pour le corps de l'utérus, et de plus en palpant l'hypogastre pour ce dernier point.

Par le *toucher* on reconnaît un gonflement plus ou moins considérable de la totalité de l'organe ou seulement d'une de ses parties. Il faut procéder à cet examen de la manière suivante :

A l'aide du *toucher vaginal*, on constate l'*état du col*, qui fréquemment est seul affecté, surtout à l'époque de la maladie dont nous nous occupons. Cette partie est *dure*, *volumineuse*; présente ordinairement des *bosselures* irrégulières, séparées par des enfoncemens facilement sentis par le doigt. Il en résulte une plus ou moins grande déforma-

tion de l'organe, dont un des points ou plusieurs à la fois sont très-volumineux, tandis que les autres paraissent *déprimés* et comme atrophiés. On constate en outre des *déviations* fréquentes du col, qui est porté ordinairement en arrière, et quelquefois en avant.

Le toucher vaginal, sur lequel il est nécessaire d'insister, parce qu'il n'est pas très-rare de trouver des malades qui ne veulent pas se soumettre à l'examen à l'aide du spéculum et au toucher rectal, fait encore reconnaître si le corps de l'utérus est affecté. En portant profondément le doigt au fond du cul-de-sac du vagin, et en soulevant l'organe, on trouve celui-ci *plus dur* et *plus lourd*, ou bien, par la combinaison de ce moyen avec le palper hypogastrique, on obtient une mesure approximative du développement de l'utérus. Lorsque ce développement est considérable, on atteint facilement le fond de l'organe en pressant sur l'hypogastre, et de légers mouvemens imprimés à cette partie se font sentir immédiatement sur le doigt qui soulève le col. L'utérus est souvent, lorsqu'il a acquis un assez grand volume, comme enclavé dans le petit bassin, de manière qu'il est impossible de lui imprimer ces mouvemens qu'on fait si facilement exécuter à un utérus sain. C'est encore par le toucher et la palpation hypogastrique combinés qu'on constate avec précision l'existence de cette immobilité, à laquelle contribuent parfois des adhérences résultant de petites péritonites partielles.

Le *toucher rectal* fait plus facilement reconnaître l'état du corps de l'utérus, qui est dur, ordinaire-

ment bosselé, difficile à soulever, et qui comprime plus ou moins le rectum.

Par la *palpation hypogastrique* on peut, comme je l'ai dit plus haut, atteindre le corps de l'utérus lorsqu'il est développé, et, dans certain cas, rien n'est plus facile.

Le même mode d'exploration sert à établir que le corps est sain, pendant que le col est affecté; mais la *percussion* de l'hypogastre donne des résultats plus précis encore.

Lorsque le corps de l'utérus est sain, l'hypogastre a partout sa sonorité normale, et la *percussion* n'est pas douloureuse. Lorsqu'il est affecté, on trouve immédiatement, au-dessus du pubis, une matité qui se porte plus ou moins haut le long de la ligne médiane, et qui se termine par une ligne courbe à convexité supérieure, au delà de laquelle se fait entendre le son intestinal. La percussion est ordinairement très-douloureuse lorsque le corps de la matrice est profondément affecté, et surtout lorsqu'il y a des lésions superficielles; ce n'est donc qu'avec beaucoup de ménagemens qu'on doit employer ce moyen d'exploration, qui sert aussi, comme on le voit, à faire apprécier le degré de sensibilité de l'organe.

L'*examen à l'aide du spéculum* est du plus grand secours, et c'est pourquoi il faut beaucoup insister auprès des malades pour qu'elles s'y soumettent. Il ne sert, il est vrai, qu'à faire reconnaître l'état du col; mais comme il est excessivement rare que le cancer soit borné au corps de l'utérus; que, dans l'immense majorité des cas, cette maladie commence par le col; que souvent elle reste bornée à

cet organe, ou du moins pénètre peu profondément au delà; qu'il en est surtout ainsi à une époque peu éloignée du début de la maladie, et lorsque le cancer n'est pas ulcéré, cas dont il s'agit ici, on peut dire que, de tous les moyens d'exploration, le spéculum est encore le plus précis. M. Marjolin a admis *quatre formes primitives principales* du cancer utérin, que l'on peut reconnaître à l'aide du spéculum, et l'on peut s'assurer tous les jours que sa description est exacte. Voici ces quatre formes :

Première forme. Petites *tumeurs* dures, circonscrites, arrondies, du volume d'un pois à celui d'une noisette, rouges ou de couleur fauve, sillonnées par des vaisseaux superficiels, plus ou moins longtemps indolentes, puis ordinairement douloureuses au toucher, et tendant à s'agrandir. Quelquefois ces tumeurs se développent primitivement à la jonction du col et du vagin.

Deuxième forme. Engorgement dur, inégal, bosselé. Quelquefois diminution de volume et dilatation de l'orifice. Pâleur blafarde du col, qui ne présente pas de granulations, comme dans l'inflammation de la muqueuse.

Troisième forme. Tuméfaction de l'une ou l'autre des lèvres ou de toutes les deux à la fois, dans une étendue variable. Consistance inégale. Ordinairement dureté à la base, mollesse à la surface. Renversement des lèvres. Excoriations.

Quatrième forme. Engorgement général, irrégulier, de couleur rouge obscur. C'est surtout, dit M. Marjolin, cette espèce d'affection qui, passant à l'état de cancer confirmé, produit chez quelques sujets le cancer encéphaloïde, et chez d'autres le cancer fongueux sanguin.

Ce qui ressort de plus général de cette description, c'est qu'une dureté plus ou moins notable,

avec une déformation du col, est le caractère anatomique le plus fréquent du cancer de l'utérus à son début. Mais nous venons de voir que, dans quelques cas, les choses se passent d'une autre manière. Ce sont ces cas qui présentent des difficultés pour le diagnostic, et dans lesquels on doit étudier avec grand soin les autres symptômes, et surtout les symptômes du début.

Un *écoulement* plus ou moins abondant ne tarde jamais à se manifester. Il est surtout abondant lorsque le col est entr'ouvert et que la maladie pénètre à une certaine profondeur dans le corps de l'organe. Cet écoulement est de couleur variable, souvent rosé, roussâtre, parfois grisâtre et parfois aussi contenant une quantité de sang assez notable; mais cette dernière circonstance se remarque bien plus souvent lorsque le cancer s'est ulcéré ou a passé à l'état fongueux. Dans les premiers temps, l'odeur de cet écoulement est fade et un peu nauséabonde; plus tard elle devient pénétrante, caractère que nous lui trouverons à un bien plus haut degré dans la seconde période du cancer.

Pendant le cours de cette première période, les *hémorrhagies* se reproduisent plus ou moins fréquemment et avec une abondance plus ou moins grande. Chez quelques femmes, l'écoulement de sang est presque continuel, c'est-à-dire que l'époque des règles avance toujours beaucoup, et que les menstrues durant très-longtemps, les intervalles se trouvent très-courts. Chez d'autres, au contraire, les intervalles augmentent, sont souvent très-irréguliers, et, lorsque le sang s'échappe, il est ordinairement abondant. Enfin quelques femmes

ont des hémorrhagies lorsqu'elles font des efforts pour aller à la garde-robe, lorsqu'elles se fatiguent, ou lorsque leurs organes génitaux sont soumis à quelque action un peu violente de quelque nature qu'elle soit. Mais cette dernière forme de l'hémorrhagie appartient plus particulièrement à la seconde période.

En même temps qu'on observe ces symptômes locaux, on en voit apparaître de *généraux* qui sont loin d'être sans importance. Les malades deviennent faibles, languissantes; elles maigrissent, perdent leur fraîcheur, pâlissent, et prennent ordinairement cette légère *coloration jaunâtre* qu'on a de tout temps signalée comme appartenant au cancer en général. Souvent aussi les *digestions* deviennent difficiles et présentent les troubles que j'ai tant de fois indiqués à l'occasion des autres affections de l'utérus, ce qui dépend non-seulement des pertes abondantes éprouvées par les malades, mais encore de l'état d'affaiblissement général qui résulte du développement du cancer. Il est assez ordinaire de voir les femmes devenir acariâtres, irritables, mélancoliques, d'observer, en un mot, un changement notable de caractère. Quant au *mouvement fébrile*, il est bien rare qu'il existe dans cette première période; le pouls est lent, régulier, plus ou moins faible, à moins de complication; la peau est fraîche, il n'y a pas de transpiration.

« C'est dans cette première période de la maladie (au commencement) que les femmes, dit M. Téallier (*loc. cit.*), éprouvent quelques *sensations douloureuses dans les seins*, qui deviennent durs et volumineux; un *malaise inexprimable* qui ne leur

permet pas de garder un seul instant la même position;..... des douleurs vives et passagères dans diverses parties du corps; en un mot, un trouble singulier de toutes les fonctions, dont la manifestation de la maladie vient enfin donner l'explication. »

Je dois ajouter que, bien que les choses se passent comme il vient d'être dit dans la très-grande majorité des cas, on trouve néanmoins des cas exceptionnels où il en est tout autrement. C'est ainsi que quelquefois le cancer marche d'une manière presque complétement latente, ne donnant lieu qu'à quelques troubles menstruels et à un écoulement qui peut très-bien être attribué à une affection utérine beaucoup moins grave, et que lorsqu'on est appelé auprès des malades, on trouve le col de l'utérus profondément altéré et présentant les signes de la seconde période de la maladie. M. Lisfranc en a observé un exemple bien remarquable chez une jeune femme qui avait conservé toutes les apparences de la santé, bien que le col de l'utérus fût réduit en putrilage. D'un autre côté, on voit quelquefois cette première période donner lieu à des douleurs vives, avec un certain mouvement fébrile, un dépérissement beaucoup plus marqué qu'à l'ordinaire, et de grands troubles fonctionnels. Il n'y a, du reste, rien là qu'on n'observe aussi dans les autres affections chroniques, dans lesquelles, sans qu'on puisse en deviner la cause, la marche de la maladie, tout à fait insolite, donne à certains cas une physionomie particulière.

Deuxième période. La douleur, avons-nous dit, est un symptôme beaucoup plus marqué dans la se-

conde période que dans la première. C'est alors surtout que *par la palpation* et la *percussion* on trouve l'hypogastre extrêmement sensible, et que le *toucher* cause de vives souffrances. Il est rare qu'à cette époque avancée le corps de l'utérus ne participe pas à la maladie, soit que les progrès de la dégénérescence l'aient envahi, soit, ce qui est bien plus rare, que le mal s'y soit développé dès le début, soit enfin que, sans être cancérée, cette partie de l'organe présente un certain degré d'engorgement ou d'inflammation. S'il en était autrement, la *douleur provoquée* ne serait déterminée que par le toucher vaginal, et la palpation hypogastrique, ainsi que le toucher rectal, feraient reconnaître l'état d'intégrité du col.

La *douleur spontanée* est ordinairement très-fatigante pour les malades. Ce sont des *élancemens* douloureux qui parcourent plus ou moins fréquemment le périnée, l'hypogastre, le bassin, les lombes et même les cuisses; des tiraillemens, un sentiment de *chaleur âcre*, en un mot les diverses douleurs aiguës qui se montrent dans tous les cancers.

L'*augmentation de volume* du col et du corps de l'organe est constatée de la même manière que dans la première période; mais de plus le toucher vaginal et le toucher rectal font reconnaître les signes suivans :

Par le *toucher vaginal*, on trouve le col de l'utérus ramolli dans un ou plusieurs points, et conservant dans d'autres sa dureté; ou bien un ramollissement général de cette partie de l'organe, avec une *sensation de crépitation* signalée par M. Duparcque; ou encore une ulcération déprimée, plus ou moins profonde, avec des bords durs et irréguliers; ou des

végétations plus ou moins volumineuses et nombreuses; ou enfin une destruction, souvent très-considérable, d'une partie plus ou moins étendue du col, avec déformation, déviation de cette partie de l'organe et ordinairement dilatation de son ouverture.

Si le cancer a fait de très-grands progrès, le toucher vaginal peut faire constater une disparition presque complète du col, un endurcissement des parois du vagin qui l'avoisinent et un gonflement des tissus adjacens.

A l'aide du *toucher rectal*, on découvre souvent, en même temps que l'augmentation de volume du corps de l'organe, des bosselures irrégulières, résistantes et parfois offrant divers degrés de consistance. Lorsque le corps de l'utérus est envahi dans une très-grande étendue, son gonflement peut être très-considérable; alors on le trouve immédiatement en introduisant le doigt dans le rectum, sur lequel il pèse fortement. Il remplit tellement le bassin qu'on ne peut le mouvoir. Il est comme enclavé; et cette immobilité est encore augmentée par l'endurcissement des ligamens et des annexes de l'organe, ainsi que par les adhérences que l'inflammation a pu produire.

L'examen à l'aide du spéculum vient donner encore plus de précision à ces divers signes. S'il s'agit d'un de ces ramollissemens que M. Duparque désigne sous le nom de *cancer sanguin*, et qui donne, au toucher, la sensation de crépitation indiquée plus haut, on voit le col uniformément gonflé, de couleur violacée, avec dilatation de son ouverture, par laquelle s'échappe un sang noir, grumeleux, dans lequel on trouve ordinairement des caillots de volume va-

riable. Il est une forme de ce cancer à laquelle le même auteur a donné le nom de *cancer hypersarcosique*, et qui présente à l'inspection les particularités suivantes : « Tumeur s'épanouissant en *champignon* à la surface du col;... surface ordinairement *lobulée* et comme granulée; couleur rouge, brunâtre, ou violacée; production d'un fluide roussâtre, séreux ou puriforme, ou filandreux, ou de sang noir. » (Duparcque, *loc. cit.*)

A une époque plus avancée, le cancer est ulcéré, et alors l'examen au spéculum fait découvrir l'état suivant : Souvent sur la base dure qui formait l'engorgement squirrheux se montre une ulcération irrégulière, grisâtre, à bords élevés, durs et renversés, laissant suinter un liquide roussâtre, ichoreux, ténu, plus ou moins mêlé de sang. Cette ulcération, qui, dans les premiers temps de son apparition, peut être très-petite et siéger sur la face interne d'une des lèvres, fait chaque jour des progrès, détruit la lèvre attaquée, gagne l'autre, envahit la base du col, et peut s'étendre aux parois du vagin qu'elle détruit plus ou moins profondément, donnant lieu à des lésions dont il sera parlé tout à l'heure.

D'autres fois c'est un ramollissement, une *fonte* du col, dont l'ulcération est la conséquence. On remarque principalement cette marche de l'ulcération dans les cas de cancer mou, auquel on a donné le nom de cancer fongueux, sanguin, hypersarcosique, etc. Alors l'ulcération peut en peu de temps faire des progrès très-considérables; les parties atteintes se détachant pour ainsi dire en masse, la destruction du col est rapide, et le corps lui-même peut être promptement attaqué.

Il est une réflexion pratique qu'il importe de faire à propos de l'examen à l'aide du spéculum. Lorsque les lésions ne sont pas très-avancées, et surtout lorsqu'elles n'ont pas encore envahi le vagin, cet examen n'a aucun inconvénient, et il est incontestablement utile pour le diagnostic ; mais si une malade se présentait avec destruction du col, et de plus une altération considérable de la paroi recto ou vésico-vaginale, si surtout ces parois offraient un commencement de destruction, le toucher serait suffisant pour le diagnostic, et l'introduction du spéculum, difficile et douloureuse, n'aurait aucun avantage, car dans ces cas désespérés, tout traitement direct un peu actif devient inutile. L'introduction du spéculum, dans des cas semblables, n'aurait d'autre intérêt qu'un intérêt de curiosité qui ne doit jamais guider le médecin.

Lorsque le cancer est parvenu à la seconde période, l'*écoulement* prend un nouveau caractère : il devient abondant, ichoreux, et a une odeur forte, pénétrante, particulière. Cette odeur est si repoussante, qu'on est obligé d'isoler les malades et de leur prescrire des injections désinfectantes.

En même temps se développent les symptômes de la *cachexie cancéreuse*, dont M. Téallier trace le tableau ainsi qu'il suit (*loc. cit.*, p. 114) : « La peau sèche, écailleuse, noirâtre aux extrémités, d'un jaune verdâtre sur tout le corps, est terreuse et collée sur les os ; les yeux enfoncés, le nez effilé, les lèvres décolorées, les dents fuligineuses donnent à la figure un aspect cadavérique ; quelquefois il y a de la bouffissure, et de l'œdème aux extrémités qui gagne les cuisses et le bas-ventre ; des selles colliquatives, ou

une constipation opiniâtre, des vomissemens porracés; des douleurs atroces, non seulement dans l'organe primitivement affecté, mais encore dans les articulations, dans le périoste et le tissu profond des os; enfin la *fièvre hectique*, les insomnies, des souffrances intolérables, et quelquefois des hémorrhagies abondantes viennent mettre un terme à cette horrible existence. »

Il ne faut pas croire cependant que tous ces symptômes se montrent dans tous les cas où le cancer entraîne la mort des malades. Ainsi la coloration noirâtre des extrémités manque assez fréquemment, la couleur du reste du corps peut être seulement jaune très-pâle; les douleurs peuvent être jusqu'à la fin assez tolérables, presque nulles assez souvent; mais il est vrai de dire que le cancer de l'utérus, lorsqu'il cause la mort par lui-même, est une des affections chroniques qui donnent lieu, dans les derniers temps, aux symptômes les plus affreux.

D'un autre côté, il survient, par suite de l'extension du cancer à d'autres organes, des symptômes qui méritent d'être signalés. Le cancer de l'utérus peut envahir, comme nous l'avons vu, la paroi vésico-vaginale; il se propage alors à une plus ou moins grande étendue de la vessie, et de là la *dysurie*, la *strangurie*, parfois la *rétention d'urine;* puis, l'ulcération venant à s'emparer de ces parties, il en résulte une fistule vésico-vaginale par laquelle s'écoule incessamment l'urine. Si cette extension du mal a lieu du côté du rectum, on observe des altérations analogues: dans les premiers temps il y a de la constipation, puis des alternatives de constipation et de dévoiement, puis ordinairement un dévoiement

continu, et enfin écoulement des matières fécales par le vagin, lorsque la fistule recto-vaginale s'est établie. Chez quelques sujets, cette extension du mal se fait de tous les côtés en même temps, et le vagin est converti en un cloaque infect, où s'écoulent à la fois l'ichor cancéreux, l'urine et les matières fécales. C'est surtout dans les cas de ce genre que les douleurs deviennent atroces. Les annexes de l'utérus, les ligamens larges, les trompes, et même les ovaires finissent parfois par participer à l'affection cancéreuse : de là l'immobilité de l'utérus, les douleurs que produisent les mouvemens qu'on cherche à lui imprimer, les tumeurs des ovaires, etc. Les ganglions abdominaux sont, en pareil cas, ordinairement cancérés.

Dans les tissus qui environnent l'organe cancéré, il se produit parfois des inflammations partielles qui donnent lieu à des signes particuliers. Ainsi le péritoine peut s'enflammer, et de là des douleurs vives dans le bassin rendant la palpation insupportable, et s'accompagnant d'un mouvement fébrile plus ou moins marqué. De ces péritonites partielles résultent les adhérences qui contribuent à rendre plus complète l'immobilité de la matrice. Des abcès peuvent se former dans les ligamens larges; l'inflammation peut en un mot, envahir tous les organes voisins. Les symptômes qui en résultent ont été décrits ou le seront à l'occasion des maladies de ces organes, et il serait par conséquent inutile de les consigner ici.

Une autre conséquence de l'extention de la maladie est la *phlegmatia alba dolens*, qu'il n'est pas très-rare d'observer chez les femmes affectées de cancer de l'utérus. J'ai signalé cette circonstance en

parlant de cette maladie (*Voy*. t. III, art. *Phlegmatia alba dolens.*) J'ai eu occasion dernièrement de m'assurer de nouveau que cette affection est due à la phlébite.

Chez quelques sujets on observe des douleurs occupant les deux nerfs sciatiques, et présentant tous les caractères de la *névralgie fémoro-poplitée* double. En pareil cas, le plexus sacré est envahi par la maladie.

Enfin on observe parfois des signes de cancer de plusieurs autres organes, et cette diathèse peut être si générale qu'on a vu des femmes dont presque toutes les parties du corps, sans en excepter le système osseux, présentaient une dégénération cancéreuse.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

Ainsi que nous venons de le voir, la *marche* du cancer de l'utérus peut, dans certains cas, être latente pendant un certain temps. Dans d'autres, elle est très-rapide et la désorganisation fait de grands progrès en s'accompagnant de violens symptômes généraux; mais dans la grande majorité des cas cette affection a une marche chronique et continue. On peut, il est vrai, comme dans toutes les maladies chroniques, observer, à des intervalles variables, une amélioration plus ou moins marquée, soit naturelle, soit obtenue par le traitement, mais cette amélioration est passagère et les progrès du mal ne tardent pas à redevenir manifestes.

Comme je l'ai fait remarquer à propos de la métrite chronique, la *durée* du cancer de l'utérus mé-

rite d'être étudiée avec soin. Malheureusement les observations rapportées par les auteurs sont prises avec tant de négligence que souvent on n'a ni la date du début ni celle de la mort. Parmi les observations contenues dans les ouvrages de MM. Duparque et Téallier, il n'en est que dix qui puissent à la rigueur servir pour cette appréciation; mais dans ces dix cas on trouve des données importantes. Trois fois seulement (obs. 20e de M. Téallier, 142e, 145e de M. Duparque) la maladie à duré d'une manière certaine de trois à quatre ans. Dans un des faits cités par M. Duparque, une *leucorrhée* s'est manifestée deux ans et demi environ avant l'apparition des signes propres à faire diagnostiquer le cancer d'une manière précise; mais il est douteux que cette maladie ait déjà commencé avant cette dernière époque; s'il en était ainsi, il faudrait faire remonter à six ans avant la mort le début du cancer. Dans les sept autres cas, la durée de la maladie a varié entre six mois et deux ans, et, terme moyen, treize mois.

Si nous rapprochons cette durée moyenne de celle de seize cas de métrite chronique rapportés par M. Duparcque, et dans lesquels on peut fixer l'époque du début, nous trouvons tout de suite une très-grande différence puisque celle-ci a été de cinquante-deux mois et une fraction. En outre, nous avons les cas qui ont duré dix et douze ans dont j'ai parlé à propos de la métrite chronique. C'est ce que l'on voit dans les 97e, 98e et 104e observations de l'auteur que je viens de citer. Mais ce n'est pas tout, et, envisagés sous un autre point de vue, ces faits conduisent à un résultat bien plus important encore. Dans les cas de métrite chronique, au bout de trois,

six, douze ans, on ne trouvait que des lésions médiocrement graves, et un traitement bien dirigé en obtenait bien facilement la guérison; dans les cas de cancer, au contraire, dès le troisième, le quatrième et le cinquième mois, dans la grande majorité des cas, les lésions sont déjà graves, profondes, et tous les moyens thérapeutiques qu'on emploie agissent à peine comme palliatifs. Enfin remarquons que la durée du cancer est calculée sur des cas qui se sont terminés par la mort, que celle de la métrite chronique résulte, au contraire, d'un relevé de faits dans lesquels la guérison a eu constamment lieu, et que tout, dans la marche de la maladie, portait à penser que si on n'avait pas mis un terme au mal par un traitement actif, il se serait perpétué et aurait pu durer encore un grand nombre d'années.

Ces considérations me paraissent de la plus haute importance. Il est surprenant que les auteurs, et même ceux qui se sont occupés spécialement de ce sujet, n'aient point fixé leur attention sur ces circonstances capitales pour le diagnostic, et il ne me paraît pas douteux que la grande incertitude dans laquelle les médecins se trouvent assez souvent sur la nature cancéreuse ou non des engorgemens utérins, ne vienne de ce qu'ils ne connaissent pas ces particularités, et qu'ils cherchent à porter le diagnostic uniquement d'après les signes fournis par le toucher et le spéculum.

Dans tout ce qui précède on a dû pressentir quelle est l'opinion que je me suis formée, en étudiant les faits, sur la terminaison de la maladie. Je dois dire que je n'ai pas trouvé un seul cas authentique de cancer dont le diagnostic fût positif, qui ne se soit

terminé par la mort. Dans quelques cas d'opération sur lesquels je reviendrai à propos du traitement, la maladie a, il est vrai, paru arrêtée pendant quelque temps, et il en est où on ne peut pas dire que la guérison ne fût pas complète, parce que les malades ont été emportées, au bout de quelques mois, par une autre affection, ou parce qu'on les a perdues de vue; mais, quelque opinion qu'on se forme à ce sujet, la proposition précédente n'en est pas moins exacte; car il n'est ici question que de la tendance à la guérison par tout autre moyen que l'extirpation du cancer. Cette terminaison par la mort, inévitable, je le repète, hors les cas rares dont je viens de parler, peut être accélérée par les diverses complications que j'ai indiquées plus haut.

§ V. — Lésions anatomiques.

Il est rare qu'on puisse examiner anatomiquement un cancer utérin à sa première période, et avant que la destruction des parties ne soit assez avancée surtout du côté du col. Dans les cas convenablement décrits que j'ai eu sous les yeux, l'altération consistait en une induration plus ou moins grande des tissus, avec pâleur, homogénéité des portions tuméfiées, et résistance sous le scalpel. C'était, en un mot, les caractères bien connus du squirrhe. Nous savons cependant que dans plusieurs cas le cancer commence au contraire par un ramollissement; mais je ne connais pas de fait qui nous apprenne quel est l'état anatomique de l'organe en pareille circonstance, ce qui tient sans doute, outre la rareté des autopsies, à la rapidité avec laquelle le cancer s'ulcère en pareil cas.

A une époque plus avancée, les lésions sont bien connues, et c'est encore à Bayle (*Journ. de Méd.*, etc., par Corvisart, Leroux et Boyer, an XI) que nous devons la description la plus exacte de ces lésions qu'il désigne sous le nom d'*ulcères de la matrice.* Il en reconnaît trois variétés :

« Dans la *première*, dit-il, la couche fongueuse est fuligineuse ou noirâtre, et les parties qu'elle recouvre sont denses et d'un rouge livide, souvent parcourues, de même que les parties environnantes, par des vaisseaux sanguins plus ou moins développés et gorgés de sang noir. »

Il est fâcheux néanmoins que cette description ne soit pas un peu plus détaillée. Cette première variété de Bayle se rapporte à ce que les autres auteurs appellent cancer sanguin, fongueux, etc; or, dans un cas de ce genre que j'ai pu étudier attentivement, j'ai trouvé, après avoir fait macérer pendant quelques heures l'utérus pour le débarrasser du sang, dont la surface de la lésion était imbibée, la base dense, et à la réunion de la portion saine et de la portion malade, un tissu morbide d'un blanc mat, dense, homogène, dans lequel on trouvait les principaux caractères du tissu squirrheux, et qui était semblable à ce tissu bleuâtre, brillant et homogène dont j'ai indiqué la constance dans le cancer de l'estomac (*voy.* art. *Cancer de l'estomac*, tom. V). Il serait important que des recherches fussent faites dans le même sens, afin de s'assurer si ce tissu n'est pas, dans tous ou presque tous les organes, la matrice du cancer, s'il est permis de s'exprimer ainsi.

« Dans la *deuxième variété*, ajoute Bayle, la couche fongueuse est grise ou brunâtre. Les parties situées

au-dessous sont assez denses, totalement privées de vaisseaux sanguins, ternes ou d'un blanc sale et assez semblables à du lard.

« Dans la *triosième variété*, la couleur fongueuse est blanchâtre ou cendrée, et les parties qu'elle recouvre sont médiocrement denses, très-blanches, totalement privées de vaisseaux sanguins, et tout à fait semblables à du lard; mais en exprimant, dans les endroits ainsi lésés, le tissu de la matrice, on en voit exsuder, par un très-grand nombre de points, une matière purulente fort blanche et assez épaisse. »

Cette matière exprimée n'est autre chose que la production morbide à laquelle on a donné plus tard le nom de matière *encéphaloïde* infiltrée; il faut aussi ajouter à cette description l'aspect particulier qui se montre assez souvent dans certaines tumeurs, et qui leur a fait donner le nom de masses encéphaloïdes.

Quant à la base des parties ulcérées, elle présente bien évidemment, dans ces deux dernières variétés admises par Bayle, le tissu particulier dont je parlais plus haut et qu'il est si important d'étudier.

Je pourrais facilement entrer dans d'autres détails, mais je n'aurais à indiquer que des particularités peu intéressantes ou qui ont été déjà signalées dans la description de l'examen au spéculum. La diversité des lésions, suivant les cas, dépend, en effet, presque uniquement de la plus ou moins grande étendue du mal, de la rapidité avec laquelle il a marché et envahi les parties voisines de l'utérus, etc.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Les détails qui précèdent ont rendu facile ce diagnostic, qui, si l'on n'avait égard aux particularités que nous avons indiquées, serait impossible dans un assez bon nombre de cas.

Les seules affections avec lesquelles on pourrait confondre le cancer de l'utérus sont la *métrite chronique*, la chute de la matrice, un polype de cet organe, et un ulcère simple ou vénérien.

De ces diagnostics le plus important est sans contredit celui qui consiste à distinguer la métrite chronique du cancer. Voici les signes différentiels à l'aide desquels on y parvient : La *métrite chronique*, qui succède parfois à une métrite aiguë, s'annonce par un écoulement muco-purulent, de la pesanteur, un gonflement ordinairement considérable du col et du corps, mais non par une hémorrhagie notable, comme cela a lieu dans presque tous les cas de cancer. Le gonflement du col est uniforme, ou, s'il est bosselé, c'est d'une manière particulière (*voy.* p. 405); dans le cancer, au contraire, le gonflement commence par un point et envahit le reste du col; il est remarquable par des bosselures irrégulières. Pendant un temps illimité, le gonflement de la métrite chronique persiste sans qu'il y ait rien de changé dans l'aspect de la tumeur; au bout d'un temps qui n'est pas ordinairement fort long et qui peut ne pas dépasser six mois, le cancer commence à se ramollir ou à s'ulcérer; alors il importe de le distinguer de l'ulcère simple ou vénérien, comme nous le ferons tout à l'heure.

L'écoulement, dans la métrite chronique, est, ainsi que je l'ai dit plus haut, muco-purulent; dans le cancer, il est d'abord formé d'un liquide ténu, roussâtre ou grisâtre; il présente ensuite une couleur rosée ou sanieuse, et a une odeur forte, pénétrante, particulière, qui ne se remarque pas dans l'écoulement de la métrite.

Nous avons vu aussi que, dans la plupart des cas, la muqueuse du col affecté de cancer non ulcéré est pâle, blafarde et lisse. Or, dans la métrite chronique, la muqueuse participant à l'inflammation, est plus ou moins rouge et ordinairement grenue.

Enfin, lorsqu'il s'agit d'un cancer, l'état général est, dans l'immense majorité des cas, promptement détérioré et les signes de la cachexie cancéreuse se manifestent; les exceptions qu'on a citées ne peuvent infirmer cette règle. Dans la métrite chronique, au contraire, on ne voit survenir le dépérissement qu'après de longues souffrances, et encore ce dépérissement n'a-t-il rien de particulier et ressemble-t-il à l'épuisement de toutes les maladies chroniques.

La *présence d'un polype* dans l'utérus ne peut faire croire à l'existence d'un cancer que si la production morbide n'est pas appréciable par le toucher. Alors il y a des hémorrhagies abondantes et fréquentes qui jettent les malades dans l'anémie et l'épuisement; le corps de l'utérus paraît gonflé, il est lourd; on peut supposer l'existence d'un cancer du corps de l'organe. Mais d'abord il faut remarquer que le cancer de l'utérus, borné au corps de l'organe, est de beaucoup le plus rare, ce qui doit déjà inspirer des doutes. Ensuite, si on touche par le rectum, on trouve la matrice uniformément développée sans

bosselures ; l'anémie causée par un polype ne ressemble que très-imparfaitement à la cachexie cancéreuse ; et enfin on ne remarque pas, dans les matières excrétées, cette odeur particulière signalée plus haut.

La *chute de la matrice* est presque toujours accompagnée de métrite chronique, et souvent même elle en est le résultat. Pour reconnaître l'inflammation chronique et la distinguer du cancer, on a les signes que j'ai exposés tout à l'heure, et en replaçant l'utérus à l'aide du toucher, on s'assure qu'il n'est pas devenu immobile, comme dans les cas où un cancer a envahi le col, une partie du corps et les parties voisines.

Il est ordinairement difficile de distinguer au premier abord certains *ulcères simples*, et surtout certains *ulcères vénériens*, de l'ulcère qui résulte de la désorganisation de la partie cancérée. Il ne faut pas oublier, quand il s'agit du diagnostic de l'ulcère simple, qu'il est ordinairement peu profond ; que ses bords ne sont ni durs ni élevés ; que la matière qui s'en écoule n'a pas la fétidité particulière de celle que produit l'ulcère cancéreux ; qu'enfin il n'en résulte pas cette débilitation spéciale, cette cachexie cancéreuse dont j'ai maintes fois parlé.

Quant à l'*ulcère vénérien*, c'est surtout d'après les renseignemens qu'on doit chercher à le distinguer de l'ulcère cancéreux ; les caractères physiques seraient souvent insuffisans. L'état général, les traces de syphilis dans d'autres parties du corps, ou, d'autre part, l'existence d'un ou de plusieurs cancers dans d'autres organes, ne doivent pas être négligés. Mais souvent on en est réduit à se servir du traitement

par le mercure comme moyen de diagnostic. La promptitude avec laquelle disparaît l'ulcère vénérien fait bientôt cesser toute incertitude.

Tel est ce diagnostic différentiel. Il est impossible, dans l'état actuel de la science, de lui donner plus de précision. C'est encore un beau sujet de recherches, mais qui exige beaucoup de zèle et de patience, car les observations de ce genre sont longues à recueillir. Toutefois il n'est pas douteux que si les faits sont observés avec toute l'exactitude nécessaire, on n'arrive aux résultats les plus précieux, car la partie affectée est accessible aux moyens d'exploration les plus directs.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1°. *Signes distinctifs du cancer de l'utérus non ulcéré et de la métrite chronique.*

CANCER NON ULCÉRÉ.	MÉTRITE CHRONIQUE.
Au début, une ou plusieurs *métrorrhagies* notables.	Au début, pesanteur, écoulement, difficulté des menstrues, mais *non métrorrhagie.*
Gonflement du col *irrégulier;* bosselures *inégales.*	Gonflement du col *régulier; rarement* bosselures régulières, dues à d'anciennes cicatrices de déchirures.
Couleur blafarde de la muqueuse, qui est *lisse* et *polie* dans les cancers non ulcérés.	Dans le plus grand nombre des cas, *rougeur* et *aspect grenu* de la muqueuse.
Au bout de peu de temps, *ulcération*, ou du moins *progrès* du mal qui gagne d'autres parties.	Le gonflement reste très-long-temps *stationnaire*, ou augmente régulièrement dans les points primitivement envahis; *pas d'ulcères.*
Écoulement *ichoreux*, sanguinolent; *fétidité particulière.*	Écoulement *muco-purulent*, avec l'odeur qu'il présente dans les autres affections utérines.
Cachexie cancéreuse.	*Dépérissement* qui ne ressemble pas à la cachexie cancéreuse.

2°. *Signes distinctifs du cancer ulcéré et de l'ulcère simple ou de l'ulcère vénérien de la matrice.*

a. CANCER ULCÉRÉ.	*a.* ULCÈRE SIMPLE.
Profond; bords *durs et élevés.*	*Superficiel;* bords *souples et peu élevés.*
Suppuration *sanieuse et fétide.*	Suppuration *sans caractères particuliers.*
Les parties du col sur lesquelles repose l'ulcère cancéreux sont *dures;* parfois, au contraire, *ramollies.*	Les parties du col sur lesquelles repose l'ulcère simple ont leur *consistance normale*, ou à peu près normale.
Signes généraux du cancer.	*Pas de signes généraux* du cancer.
b. CANCER ULCÉRÉ.	*b.* ULCÈRE SYPHILITIQUE.
Commémoratifs : *point de chancre* à une époque antérieure.	*Commémoratifs : chancres* à une époque antérieure; surtout chancres indurés.
Point de traces de syphilis dans les autres parties du corps.	Parfois *traces de syphilis* dans une autre partie du corps.
Signes généraux du cancer.	*Pas de signes généraux* du cancer.
Dans les cas douteux, *effets du traitement :* l'ulcère cancéreux est *peu ou point modifié* par le traitement antisyphilitique.	Dans les cas douteux, *effets du traitement :* l'ulcère vénérien est *promptement modifié* par le traitement antisyphilitique.

Je ne reproduis pas, dans ce tableau synoptique, le diagnostic différentiel du cancer avec le polype de l'utérus et la chute de la matrice, parce que le peu de mots que j'en ai dit plus haut est suffisant.

Pronostic. Il résulte de ce que nous avons dit à propos de la terminaison de la maladie, qu'il n'est pas d'affection plus grave que le cancer de l'utérus. Tous les cas où l'on a mis en usage le traitement interne et un traitement local autre que l'extirpation de la partie malade ont été mortels; car ceux qu'on a cités comme exemples de cancer guéris par ces moyens ne présentent pas les signes caractéristiques de cette affection. Quant à l'opération, a-t-elle de plus grands avantages ? c'est ce que je discuterai un

peu plus loin en parlant du traitement. A l'époque où l'amputation du col était en grand honneur, on regardait les cancers bornés à cette partie de l'organe comme infiniment moins graves que ceux qui se sont étendus au corps de l'utérus. Les premiers, seuls, en effet, permettent une opération qu'on croyait alors presque innocente, et à laquelle on attribuait de très-nombreux succès. Aujourd'hui qu'une étude plus attentive des faits a prouvé que cette opération est beaucoup plus dangereuse qu'on ne le croyait, et qu'elle n'a pas les immenses avantages qu'on lui attribuait, on ne peut plus partager complétement ces illusions. Il est certain néanmoins que le mal, borné à une partie accessible à nos agens directs, nous offre plus de chances d'en empêcher les progrès et d'adoucir les souffrances de la maladie; mais cela ne change rien au pronostic définitif. Le danger est seulement, toutes choses égales d'ailleurs, moins imminent. Mais s'ensuit-il qu'on doive regarder le cancer comme à tout jamais incurable, et qu'on ne doive plus chercher les moyens de procurer aux malades une guérison radicale? Non, sans doute. On doit à ce sujet garder la même réserve que pour les tubercules. Mais il n'y aurait aucun avantage à se faire illusion, et il faut que les praticiens éclairés sachent bien que personne n'a encore cité un seul cas de cancer de l'utérus, même commençant (le diagnostic ne présentant aucun doute), qui ait été guéri par les nombreux traitemens, spécifiques ou non, préconisés jusqu'à présent. Le traitement curatif, s'il est possible, est encore à trouver.

§ VII. — Traitement.

Le traitement du cancer, bien que ne pouvant être que palliatif, mérite néanmoins d'être exposé avec quelques détails. Cette affection est si terrible, elle détermine parfois de si atroces douleurs, qu'il est très-important de connaître les moyens qui peuvent apporter du soulagement et rendre supportable l'existence.

Traitement de la première période. Ainsi que je l'ai fait remarquer, beaucoup d'auteurs ont regardé comme appartenant à la même maladie l'engorgement dû à l'inflammation chronique et celui qui résulte du cancer. Aussi, dans les descriptions qu'ils nous ont laissées, ont-ils exposé d'une manière générale le traitement de ces affections diverses. Or ce traitement n'est autre que celui que j'ai exposé dans l'histoire de la métrite chronique (*voy*. pag. 419). Si ce traitement réussit, on dit ou qu'on a guéri un squirrhe, ou du moins qu'on a prévenu un cancer. S'il ne guérit pas, on attribue ce non-succès à l'emploi trop tardif des moyens thérapeutiques qui le composent. Les considérations que j'ai présentées dans le cours de cet article ont fait voir que de cette manière on ne peut pas arriver à la vérité.

Pour moi donc je me bornerai à dire que si ce traitement des engorgemens de l'utérus (saignée; émolliens; narcotiques; iode; mercuriaux) a des avantages lorsque l'engorgement est cancéreux, c'est comme palliatif; et quant à l'application de ces divers moyens, elle est réglée d'après les symptômes observés et l'état général.

Ainsi la *saignée*, les *sangsues*, les *ventouses scarifiées*, sont prescrites dans les cas où des signes d'engorgement sanguin, des troubles de la menstruation, un état pléthorique, viennent se joindre aux signes locaux du cancer.

Dans les mêmes circonstances, et lorsque l'utérus offre une sensibilité exaltée, on a recours aux émolliens, aux bains, aux injections narcotiques, etc., comme dans la métrite chronique (*voy.* pag. 422). Le *régime*, le *repos*, complètent ce traitement, qui doit être plus actif lorsqu'une inflammation des parties voisines du mal vient à se manifester.

Les *vomitifs et les purgatifs* ne sont utiles que pour combattre, dans quelques circonstances, les symptômes de l'embarras gastrique, ou pour entretenir la liberté du ventre, ce qui est souvent nécessaire.

Les *narcotiques à l'intérieur* (*voy.* pag. 426) sont opposés aux douleurs vives qui causent fréquemment l'insomnie; mais c'est surtout dans le traitement de la deuxième période que ces moyens sont de la plus grande utilité. J'y reviendrai.

La *ciguë* a joui, comme on sait, d'une grande réputation contre les divers cancers. On n'a pas manqué de l'administrer dans les cas de cancer de l'utérus; mais, comme pour la même maladie ayant son siége dans d'autres organes, les cas de guérison sont trop douteux pour qu'on regarde ce médicament comme ayant plus d'efficacité que les palliatifs ordinaires. Il faut augmenter graduellement la dose de ce médicament. Ainsi on prescrira de 5 à 30, 40 centigrammes d'extrait, que les malades supportent très-bien, pourvu que la progression ne soit pas

trop brusque. On doit néanmoins, dans cette administration, surveiller l'état des malades et s'arrêter s'il paraît quelques troubles fonctionnels qu'on puisse attribuer au médicament.

Les remèdes auxquels on a donné les noms de *résolutifs fondans*, *désobstruans*, sont également mis en usage de la même manière que dans la métrite chronique (*voy.* p. 428). Parmi eux, les plus importans sont les *mercuriaux*, l'*iode*, les *préparations* d'*or* (*voy.* p. 429).

Enfin on a recours aux *révulsifs* et aux *dérivatifs*, dans les cas où l'on voit apparaître un certain degré d'irritation.

On comprendra facilement pourquoi j'insiste si peu sur ces moyens dont j'ai indiqué l'emploi ailleurs avec détail, et qui, quoi qu'on en ait dit, n'ont d'autre effet que de combattre des symptômes secondaires; effet qui néanmoins ne doit pas être négligé, car les symptômes secondaires, s'ils ne sont pas combattus à propos, peuvent ajouter à la gravité de la maladie et en accélérer la marche.

Traitement de la deuxième période. On doit d'abord, dans cette période, insister fortement sur les moyens qui viennent d'être indiqués. L'emploi des *narcotiques* est surtout indispensable, parce que c'est alors principalement que les douleurs sont vives et parfois intolérables. L'*opium*, les *sels de morphine* sont d'un très-grand secours. On doit élever progressivement les doses, sans crainte de produire le narcotisme, mais toutefois en veillant à ce qu'il ne soit pas poussé trop loin. On a pu ainsi faire prendre jusqu'à 30, 40 centigrammes d'opium et plus encore sans en observer de fâcheux résultats. L'em-

ploi des sels de morphine par la méthode endermique a de très-heureux effets. M. Duparcque cite un cas dans lequel des douleurs vives furent calmées et ne reparurent plus dès qu'on fit absorber chaque jour 0,10 grammes d'*acétate de morphine* par la peau dénudée à l'aide d'un vésicatoire. Les injections narcotiques sont aussi très-utiles. On prescrit une injection avec une infusion de morelle à laquelle on ajoute 1, 2 ou 3 grammes de *laudanum;* mais c'en est assez sur ces médicamens connus de tout le monde.

En même temps on a recours à des moyens plus directs, qui sont les *moyens chirurgicaux*, et d'abord *la cautérisation*. Dans le plus grand nombre des cas, la cautérisation légère avec le *nitrate d'argent* est tout à fait insuffisante. La cautérisation avec les acides a l'inconvénient d'être difficilement bornée. Reste la cautérisation avec les caustiques solides et le fer rouge.

Cautérisation. Parmi les caustiques solides, il n'en est pas qui soient plus facilement employés que le *caustique de Vienne, solidifié* d'après le procédé de M. Filhos. On le met principalement en usage dans les cas où il existe un ulcère sordide. Il faut renouveler l'application jusqu'à ce que l'on ait atteint les limites du mal, et souvent ainsi on est arrivé à détruire presque entièrement le col de l'utérus.

M. Jobert (*loc. cit.*) emploie de préférence le *cautère actuel*. Il introduit un *spéculum plein en ivoire* pour protéger les parties; puis, à l'aide d'un cautère terminé en bouton et rougi à blanc, il touche la partie malade. Par ce moyen, il est parvenu

à arrêter les hémorrhagies causées par les fongosités, et à détruire les parties cancérées sans causer aucune douleur, ce qui était prévu, car ce chirurgien a démontré anatomiquement que le col de l'utérus est privé de nerfs. D'autres médecins se servent pour ces cautérisations du spéculum plein ordinaire, sans avoir observé aucun accident.

Quelle est la valeur réelle de ces cautérisations? Il n'est aucun fait authentique qui prouve qu'elles aient procuré la guérison complète du cancer confirmé. Mais en détruisant les parties malades, elles peuvent arrêter pendant un temps plus ou moins long les progrès du mal; elles font cesser les douleurs vives, elles suppriment ou diminuent l'écoulement fétide, et, à ces divers titres, elles doivent être recommandées. C'est au médecin à voir si le mal est encore suffisamment borné pour qu'elles aient quelques chances de succès.

Il est encore, contre l'écoulement fétide, un moyen qui ne doit pas être négligé; il consiste dans les *injections désinfectantes*, et principalement dans les *injections chlorurées*. Les malades doivent, du reste, être tenues dans le plus parfait état de propreté.

Opérations. Il y a quelques années, les opérations pratiquées pour enlever soit le col de l'utérus, soit cet organe tout entier, étaient pour ainsi dire à la mode, et occupaient une grande place dans le traitement chirurgical des affections utérines. Aujourd'hui on n'entend plus parler de ces opérations, et les chirurgiens qui les ont le plus prônées sont de la plus grande prudence sur ce point. C'est que l'expérience nous a appris combien elles sont dangereuses

et combien leurs bons effets sont hypothétiques. Je ne crois pas devoir m'étendre sur ce sujet, qui est longuement traité dans les ouvrages de chirurgie. Je dirai seulement que les relevés exacts des faits ont démontré 1° que l'amputation du col de l'utérus est beaucoup plus dangereuse qu'on ne l'avait dit; 2° que les femmes qui avaient été regardées comme guéries après cette amputation, ont succombé presque toutes peu de temps après; 3° que celles qui ont survécu avaient été opérées pour une affection autre que le cancer et qui aurait très-bien été guérie par les moyens ordinaires; 4° que l'*extirpation de la matrice* est, dans la grande majorité des cas, une opération très-promptement mortelle; 5° que dans le petit nombre de cas où cette extirpation n'a pas entraîné la mort, les femmes n'ont eu que quelques mois d'une vie misérable, de telle sorte qu'on doit presque déplorer la demi-réussite de ces cas qui a motivé tant d'opérations mortelles. Il résulte de tout cela qu'un médecin prudent doit s'abstenir de ces opérations, et que quand même elles ne seraient pas entièrement du domaine de la chirurgie, il n'y aurait pas lieu de les décrire ici.

Il serait inutile de résumer ce traitement, et les cas sont trop divers pour que des ordonnances soient utiles.

ARTICLE X.

PHYSOMÉTRIE.

Je ne crois pas devoir entrer dans de grands détails sur cette affection, très-rare dans l'état de vacuité de l'utérus, et peu fréquente pendant la grossesse fausse ou vraie, ou après l'accouchement.

La physométrie consiste dans une accumulation plus ou moins considérable de gaz dans la matrice; on lui a donné quelquefois les noms de *grossesse venteuse* et de *tympanite utérine.*

Parmi les *causes* de cette affection, les principales se trouvent dans certaines circonstances de la gestation ou de l'acouchement. Ainsi un fœtus mort dans la matrice venant à se putréfier, il se dégage des gaz fétides qui distendent l'organe. Le même effet peut être produit par une *môle* et par le séjour d'un *fragment du placenta* dans la cavité utérine. Après l'accouchement, un caillot venant à s'opposer à l'écoulement des lochies, il y a décomposition du liquide et physométrie. Dans l'état de vacuité, l'occlusion de l'utérus par un *polype*, par l'*adhésion des lèvres du col*, et même, suivant quelques auteurs, par un *pessaire* ou par tout autre tampon, peut retenir des liquides qui dégagent des gaz et causent la tympanite utérine. Enfin on a vu des cas où cette tympanite s'est manifestée chez des femmes *hystériques*, sans qu'il y eût aucun obstacle au col. Mauriceau, Delamotte, Baudelocque, Franc, MM. Duparcque, Lisfranc, etc., ont cité des exemples de ces diverses espèces.

Symptômes. La tympanite utérine se manifeste ordinairement avec une grande rapidité. Les symptômes sont un peu différens, suivant qu'il n'y a que des gaz accumulés dans la matrice, que la tympanite est *sèche*, ou suivant qu'il y a des gaz et des liquides. Dans le premier cas, on n'observe pas de *douleur* considérable; il y a un sentiment de plénitude dans le bassin et dans l'abdomen, et la pression sur la tumeur développe un peu de sensibilité.

La *tumeur* est globuleuse; elle s'élève parfois jus-

qu'à l'ombilic et au-dessus, mais ordinairement elle ne dépasse pas le volume de l'utérus au troisième ou quatrième mois de la grossesse. Par la *palpation*, on sent sa partie supérieure arrondie, rénitente et on suit cette rénitence jusqu'aux pubis.

La *percussion* est très-utile en pareil cas. Par elle on obtient un son tympanique dans une étendue dont la limite supérieure est une ligne courbe à convexité supérieure correspondant au fond de l'utérus.

Par le *toucher vaginal* on recherche si le col, qui est assez élevé, ne présente pas d'altération, et l'on reconnaît l'existence de l'obstable qui empêche les gaz de s'échapper. Par le *toucher rectal*, on sent le corps dilaté, globuleux et élastique. Par ces deux moyens, on reconnaît, en cherchant à soulever l'utérus, qu'il a une *pesanteur spécifique* beaucoup moindre qu'à l'état normal et que son poids n'est nullement en rapport avec son volume.

Sauf la gêne que fait nécessairement éprouver l'augmentation de volume de l'utérus, et en particulier la *dyspnée*, les femmes affectées de tympanite utérine sèche n'éprouvent quelquefois aucune incommodité. Chez quelques unes, au contraire, il survient du dégoût des alimens, des appétits bizarres, des vomissemens; et comme la physométrie coïncide ordinairement avec la *suppression des règles*, il en résulte que les femmes, en pareil cas, se croient grosses, et que, la tympanite faisant des progrès, elles suivent pendant deux, trois et même cinq ou six mois les progrès de leur grossesse, jusqu'à ce que l'expulsion des gaz vienne faire connaître la nature de la tumeur.

Lorsque le développement des gaz est très-rapide, il peut en résulter du malaise, et même un *mouvement fébrile* assez notable ; mais ces symptômes généraux se montrent bien plus fréquemment dans les cas où il y a à la fois accumulation de gaz et de liquide.

Souvent le développement de gaz, après s'être produit rapidement, continue à se faire d'une manière plus lente, sans qu'il y ait aucune expulsion de ce produit morbide. Dans quelques cas, au contraire, il y a, à des intervalles variables, *expulsion bruyante de gaz par le vagin*, et les malades se sentent soulagées jusqu'à ce qu'une nouvelle quantité de gaz soit venue remplacer celle qui a été expulsée. Dans d'autres circonstances, l'utérus se vide rapidement, avec explosion, pour se remplir de nouveau de fluides gazeux. C'est ce qu'on observe principalement chez les femmes hystériques. Dans les cas de tympanite utérine sèche, les gaz qui s'échappent sont presque toujours *inodores*.

2°. Lorsqu'avec l'accumulation de gaz il y a accumulation d'une certaine quantité de liquide, la *douleur* peut être beaucoup plus vive, parce que l'utérus est plus ou moins violemment irrité. M. Lisfranc a cité un cas où la douleur s'irradiait dans l'abdomen, les lombes et les cuisses. C'est surtout alors que les femmes peuvent croire à une grossesse franche; nous avons vu, en effet, qu'en pareil cas il y a dans l'utérus une *môle*, ou même un *fœtus mort et décomposé.*

S'il s'échappe une certaine quantité de gaz, on en remarque la *fétidité* extrême, et parfois aussi il sort en même temps une petite quantité de liquide brunâtre et également très-fétide.

La *percussion* et la *palpation* donnent les mêmes signes que dans le cas précédent; mais on en obtient un nouveau en faisant exécuter à la malade des mouvemens brusques. On entend, en effet, un *glouglou*, un *gargouillement*, qui indiquent le déplacement du liquide dans un fluide gazeux.

Il n'est pas rare, dans cette espèce de tympanite utérine, de voir se manifester un *mouvement fébrile* assez intense; il était très-notable dans le cas cité par M. Lisfranc.

Lorsque cette tympanite se produit après l'accouchement, le développement des gaz est ordinairement très-rapide, et les parois de l'utérus étant très-flasques, il en résulte une tumeur très-considérable. Le *toucher vaginal* fait souvent, en pareil cas, reconnaître la présence d'un caillot qui oblitère le col.

La *marche* de la maladie est, ai-je dit, ordinairement rapide dans les premiers temps. Plus tard l'accumulation de gaz se fait avec lenteur, ou bien la maladie reste stationnaire. On voit des cas où les gaz s'accumulent peu à peu, la matrice se développe comme dans la grossesse, et c'est dans ces cas qu'ont eu lieu les erreurs qui ont tout fait préparer pour l'accouchement. J'ai déjà parlé de ces accumulations et de ces expulsions de gaz qui ont lieu à des intervalles plus ou moins longs.

La *durée* de cette affection est très-variable. Parfois l'accumulation se fait en quelques heures et l'expulsion suit de près; d'autres fois la tympanite utérine dure plusieurs mois, et même jusqu'aux dernières limites de la grossesse. On n'a pas cité de cas de *terminaison* fâcheuse.

Le *diagnostic* de la tympanite utérine ne présente

pas de difficultés sérieuses, surtout lorsque l'affection s'est développée rapidement. J'ai dit néanmoins plus haut qu'on avait cité un assez grand nombre de cas où l'on a cru à l'existence d'une grossesse; mais l'erreur de diagnostic a été rarement commise par le médecin, et lorsqu'il en a été ainsi, c'est que l'examen a été trop superficiel.

La physométrie, dans l'état de vacuité, se distingue de la *grossesse*, de l'*hydrométrie*, de l'*engorgement du col de l'utérus*, par le son tympanique qu'elle donne à la percussion. Ce caractère est suffisant.

Mais dans un bon nombre de cas il y a eu grossesse véritable; il s'agit de déterminer si la tympanite, qui est le résultat de la mort et de la décomposition du fœtus, existe réellement. Le son tympanique est encore un signe d'une grande utilité; on peut aussi produire le bruit d'un liquide se mouvant dans des gaz, en imprimant des mouvemens brusques à la malade; le fœtus a cessé de faire des mouvemens, et enfin il est survenu des symptômes généraux décrits plus haut. Les mêmes caractères, sauf l'abolition des mouvemens du fœtus, servent à faire reconnaître la tympanite, qui se montre dans un cas de *môle utérine*.

Après l'accouchement, la tympanite utérine se produit ordinairement avec beaucoup de rapidité. Le son tympanique est encore ici le meilleur moyen de distinguer la maladie de tout autre développement de l'utérus, et principalement de l'*hémorrhagie interne* qui peut se développer dans les mêmes circonstances.

Traitement. Le traitement de la physométrie est fort simple. S'agit-il d'une de ces *tympanites utérines*

sèches qui surviennent chez les femmes hystériques, on administre à l'intérieur les *antispasmodiques*, et principalement le *camphre* et l'*éther*. On prescrit des *bains*; des *injections émollientes*, *narcotiques*; des *fumigations* vers le vagin; des onctions sur le col avec l'*extrait de belladone*; et enfin une *pression méthodique* sur la tumeur, pour aider l'utérus à expulser les gaz qui le distendent.

Il n'est pas rare de voir la maladie résister pendant assez longtemps à ces moyens, et puis tout à coup l'utérus se débarrasser lui-même en peu d'instans de tous les gaz qu'il contenait.

Lorsqu'il existe à l'orifice du col un corps étranger qui s'oppose à la sortie des gaz et du liquide enfermés dans l'utérus, l'indication est toute simple: on extirpe le *polype*, on extrait le *caillot*, on enlève le pessaire, etc.

S'il y a dans l'utérus un *fœtus mort*, une *môle* décomposée, un *fragment de placenta*, il faut chercher à les extraire. Dans les deux premiers cas, on peut pratiquer la *dilatation artificielle du col*, et l'on donne en même temps des *toniques* et surtout du *seigle ergoté* (de 2 à 4 grammes) pour vaincre l'inertie de l'utérus. Lorsque c'est le placenta qui est resté dans l'utérus, on peut en favoriser l'expulsion par des injections avec de l'eau froide ou chargée d'une substance légèrement irritante dans l'intérieur de l'utérus. Mais il faut être très-sobre de ce moyen, et ne l'employer que dans les cas où il survient des symptômes graves. Quelques auteurs ont posé en principe que ces injections doivent être faites, dans tous les cas, immédiatement après l'expulsion des gaz et du liquide. Mais les vives inflammations de

l'utérus qu'elles ont causées ont engagé les praticiens prudens à y renoncer. Après l'expulsion des gaz, on établit une *compression* méthodique de l'abdomen, dans le but d'empêcher la matrice de se laisser distendre de nouveau.

Enfin si, par une circonstance quelconque, on voyait survenir une inflammation de l'utérus, il faudrait lui opposer le traitement indiqué à l'article *Métrite aiguë.*

ARTICLE XI.

HYDROMÉTRIE.

L'hydrométrie est une maladie fort rare, comme la précédente, et sur laquelle il est également inutile de s'étendre longuement.

On donne le nom d'hydrométrie à toute collection de liquide retenue dans la cavité utérine hors l'état de grossesse, et même à la surabondance du liquide amniotique chez les femmes grosses; mais ces dénominations sont impropres. Des collections de mucosités, de pus, de sang altéré, ne sauraient être regardées comme des hydropisies, et la surabondance du liquide amniotique doit être considérée à part sous le nom d'*hydramnios* que lui donne M. Dugès. Je ne dois m'occuper dans cet article que de l'hydrométrie dans l'état de vacuité de l'utérus.

Il serait par conséquent convenable de séparer l'hydropisie vraie de la matrice des autres collections de liquide, et c'est ce que l'on fera sans doute quand les affections de l'utérus auront été étudiées mieux qu'elles ne l'ont été jusqu'à présent. Mais les faits nous manquent; et, forcés de suivre l'usage

établi, nous devons nous contenter de signaler cette lacune de la science.

Causes. On sait très-peu de chose sur les causes de l'hydrométrie. On a bien parlé de la *débilité de la constitution*, de la *ménorrhagie*, etc., etc.; mais on ne saurait attacher aucune importance aux opinions des auteurs à ce sujet. Ce qui résulte de plus positif du petit nombre d'observations passables que nous possédons, c'est que pour que l'hydrométrie se produise, il faut, *d'une part*, une certaine irritation des parois de l'utérus, *occasionnée* soit par une *maladie organique* (cancer, ulcérations), soit par une *violence extérieure* (coups, chutes), ou bien développée *spontanément*; et, *d'autre part*, l'occlusion du col de l'utérus par du *mucus épais*, concret, par une *cicatrice* qui a rétréci l'ouverture, par une *adhérence des lèvres*. Or, comme ce concours de circonstances doit nécessairement se montrer rarement, nous comprenons pourquoi l'hydrométrie est elle-même si rare.

Symptômes. L'hydrométrie se forme presque toujours avec lenteur, et détermine peu ou point de douleur. Les malades se plaignent seulement d'un sentiment de plénitude et de *pesanteur* considérable dans le bassin et vers le siége; il y a aussi quelques *tiraillemens* vers les lombes et les aines.

On trouve à l'hypogastre une *tumeur* d'autant plus volumineuse en général, et s'élevant d'autant plus haut que l'affection est plus ancienne. Cette tumeur présente la même forme que celle de la physométrie; mais elle donne un son mat à la *percussion*, et le son clair de l'intestin qui se fait entendre autour d'elle sert à faire reconnaître le siége de l'af-

fection. Il n'est pas toujours très-facile de produire la *fluctuation*, surtout lorsque l'utérus est altéré. Dans quelques cas, au contraire, ce signe est aisément obtenu.

Par le *toucher vaginal*, on s'assure que le col est remonté dans le bassin, et que le corps de l'utérus est distendu et *lourd*. Par le *toucher rectal*, on constate encore mieux l'existence de ces deux derniers signes.

Lorsque l'hydrométrie est simple, sans lésions de l'utérus, on n'observe pas de symptômes généraux. Dans le cas contraire, c'est à ces lésions plus ou moins graves qu'il faut attribuer ces symptômes.

La *marche* de la maladie est ordinairement continue. Cependant, et le docteur Browne en a rapporté un exemple cité par Itard (*Dict. des Sc. méd.*) et par Mme Boivin et M. Dugès (*loc. cit.*, t. Ier, p. 259), la maladie peut consister dans des rétentions et des évacuations *alternatives* d'abondantes sérosités.

La *durée* est variable ; elle est ordinairement assez longue. Elle peut égaler celle de la grossesse et la surpasser, ce qui a donné lieu maintes fois à des erreurs semblables à celles que j'ai signalées à propos de la *physométrie*.

La *terminaison* est favorable lorsqu'il s'agit de l'hydrométrie simple. Parfois, tout à coup, soit dans le repos et par le simple effet des contractions de l'utérus, soit dans un mouvement brusque, surtout pour se baisser, le liquide accumulé s'échappe par flots, et toute trace de la maladie disparaît. Parfois aussi on a vu des douleurs croissantes et expulsives, semblables à celles de l'accouchement, précéder l'évacuation du liquide, ce qui a contribué à mainte-

nir jusqu'à la fin les malades dans l'erreur. Lorsqu'il existe une lésion organique dont l'hydrométrie n'est qu'une conséquence, on ne saurait attribuer à celle-ci une grande part dans la terminaison fatale.

Le *liquide évacué* est séreux ou muco-séreux, incolore ou blanchâtre et inodore, lorsqu'il s'agit d'une hydrométrie simple. Lorsqu'il y a une lésion plus ou moins grave, on trouve soit du pus, soit une sanie fétide, etc., suivant les cas.

Diagnostic. La matité de la tumeur empêche de la confondre avec celle qui résulte de la *physométrie*. On ne saurait confondre l'hydrométrie avec une *ascite*, puisque dans celle-ci le niveau du liquide reconnu par la percussion suit une ligne courbe à concavité supérieure, que les flancs et les fosses iliaques présentent un son mat, et qu'en faisant varier la position de la malade, on change le niveau du liquide.

La longue durée de l'affection, l'intégrité de l'excrétion de l'urine, et, comme dernière épreuve, le cathétérisme, suffisent pour faire distinguer l'hydrométrie de la *rétention d'urine*.

D'après ce que j'ai dit plus haut, le *pronostic* ne peut être fâcheux que dans les cas où il existe une affection organique de l'utérus; mais cette gravité du pronostic étant indépendante de l'hydrométrie elle-même, il serait inutile de s'y arrêter.

Traitement. Le traitement de cette maladie n'a pas été établi sur des bases solides. Les auteurs ont, sous ce rapport, confondu dans leur description ce qu'il faut faire dans des cas fort divers; aussi leurs articles sont-ils pleins de vague et d'incertitude.

Le plus souvent, l'hydropisie simple de la matrice se termine favorablement par l'évacuation spontanée

du liquide. On a conseillé, pour favoriser cette évacuation, de ramollir le col par des injections, des bains, etc.; mais a-t-on réussi par ce moyen?

L'expulsion du liquide ayant ordinairement lieu dans un effort, dans un mouvement brusque, dans l'action de se baisser, etc., on a conseillé (Monro, Astruc) les *sternutatoires*, les *vomitifs*, les *violens purgatifs*: mais il n'est pas démontré par l'expérience que ces moyens aient les avantages qu'on leur a supposés, et ils pourraient avoir des inconvéniens faciles à concevoir.

S'il s'agit d'une constriction du col de l'utérus, on doit recourir aux narcotiques, et principalement à la *belladone* en frictions sur le col et sur l'hypogastre.

Si l'ouverture du col de l'utérus est obstruée, on cherche à enlever l'obstacle avec le doigt, à l'aide d'un stylet, d'une sonde; par des injections portées jusque sur l'ouverture du museau de tanche. On a quelquefois réussi de cette manière à rendre libre le canal et à procurer l'évacuation du liquide. Après cette évacuation, on doit veiller à ce qu'un nouvel obstacle ne se forme pas.

Si c'était un *polype* qui empêchât le liquide de s'échapper, il faudrait l'extirper, ou, s'il y avait contre-indication à cette opération, introduire une *sonde plate* entre lui et les parois utérines jusque dans la collection séreuse.

S'il y a simple étroitesse du col, on peut le dilater en y introduisant un petit cône d'*éponge préparée*, ou une sonde en caoutchouc armée d'un mandrin qu'on fait pénétrer avec précaution.

Enfin s'il y a occlusion complète du col, par adhé-

sion de ses lèvres, et si l'hydrométrie cause des accidens graves, on a recours à la ponction. Wirer fit avec succès la *ponction hypogastrique*, à l'aide de laquelle il fit l'extraction de plus de 26 kilogrammes d'un liquide épais, noirâtre et sanguinolent. D'autres auteurs ont proposé la *ponction du col au fond du vagin;* mais on n'a pas bien établi l'utilité de cette opération, et M. Cruveilhier a cité un fait dans lequel cette ponction a été suivie de la mort.

Lorsque, par un des moyens précédens, on a évacué le liquide, il faut établir sur l'abdomen une *compression* qui s'oppose à ce que la collection se reproduise. On insiste en même temps sur les injections et les bains. Parfois on est forcé d'introduire chaque jour la sonde dans le col, jusqu'à guérison complète, et quelques médecins proposent même de laisser une sonde à demeure, tandis que d'autres craignent, en agissant ainsi, de produire une irritation fâcheuse dans l'utérus.

Je viens d'indiquer ce que l'on propose de faire; mais je n'ai pu dissimuler l'insuffisance des documens fournis par les auteurs sur le traitement de l'affection, aussi bien que sur les autres points de son histoire.

ARTICLE XII.

RUPTURE DE L'UTÉRUS.

La rupture de l'utérus ne s'opère presque jamais que pendant l'accouchement; c'est donc principalement aux *traités d'obstétrique* qu'il faut demander de grands détails sur ce redoutable accident, et c'est aussi pourquoi j'insisterai peu sur sa description.

Causes. Nous venons de voir que la rupture de l'u-

térus se produit presque toujours pendant l'accouchement; mais il faut, pour qu'elle ait lieu, quelques circonstances particulières. S'il existe des *vices de conformation* du bassin qui s'opposent énergiquement et longtemps à la sortie du fœtus, les femmes sont exposées à la rupture de l'organe; il en est de même si l'utérus est *aminci* par une trop grande quantité d'eau qui le distend, par plusieurs fœtus, etc. Dans certaines circonstances, il survient une inflammation avec *ramollissement* d'une plus ou moins grande étendue des parois utérines, et la partie ramollie cède dans une contraction de l'organe; d'autres fois l'utérus est altéré, *désorganisé* par une lésion chronique profonde; il suffit, en un mot, que par une cause quelconque la paroi de l'utérus offre un point faible, pour que dans ce point l'organe cède à la pression du fœtus qui passe dans la cavité péritonéale.

Dans l'*état de vacuité* il faut qu'il y ait préalablement distension de l'utérus par un liquide; on en a cité trois exemples : dans deux cas, la matrice était distendue par une collection sanguine.

Une *violence extérieure* a quelquefois produit le même effet que les contractions utérines dont nous venons de parler; cette cause peut agir dans l'état de vacuité aussi bien que dans l'état de grossesse. Il suffit, pour qu'elle produise la rupture, que l'utérus soit considérablement distendu par un corps solide et surtout liquide.

Symptômes. Les symptômes de cette rupture sont ceux que nous avons déjà plusieurs fois décrits à propos des déchirures des divers organes creux, avec passage, dans le péritoine, du liquide qu'ils contenaient. Il y a néanmoins quelques modifications qui

dépendent et des circonstances dans lesquelles se produit l'accident, et de l'étendue de la solution de continuité qui s'est opérée dans la matrice.

La rupture est-elle survenue pendant l'accouchement, elle peut être trop peu étendue pour permettre le passage du fœtus dans l'abdomen, ou au contraire avoir permis ce passage. *Dans le premier cas,* il y a quelque chose de semblable à ce que nous avons observé dans les *ruptures de la rate.* D'abord une *douleur vive*, une *anxiété extrême*, une *sensation de chaleur* qui se répand dans l'abdomen; puis diminution de la douleur, et apparition de syncopes, d'horripilations, d'une sueur froide, en un mot des symptômes d'une hémorrhagie interne qui emporte les malades sans laisser de traces d'inflammation dans le péritoine. Si néanmoins l'hémorrhagie n'est pas très abondante, la péritonite peut survenir et causer promptement la mort, avec les souffrances et les autres symptômes qui lui sont propres (*voy.* t. VI, *Péritoine aigüe*).

Cette péritonite suraiguë survient presque constamment *dans le deuxième cas*, c'est-à-dire lorsque le fœtus a passé dans la cavité péritonéale. Une *douleur déchirante*, accompagnée quelquefois d'un *bruit de craquement* perçu par la malade, et *survenue tout à coup*, annonce l'accident. Puis apparaissent les phénomènes d'hémorrhagie interne et de péritonite, et le sujet peut être enlevé en peu d'heures.

On a cité néanmoins un certain nombre de cas de guérison. Si la rupture est peu étendue ou incomplète, l'hémorrhagie peut parfois être arrêtée; la péritonite est alors beaucoup plus facilement prévenue que dans les cas où un liquide âcre et irritant

est versé dans le péritoine, et la malade se rétablit après des souffrances plus ou moins longues.

Cette *terminaison* heureuse a été observée même dans des cas où l'œuf avait passé dans la cavité péritonéale. Les premiers accidens s'étant calmés, on observe les phénomènes d'une grossesse extra-utérine; il se forme un kyste, et la malade peut vivre ainsi longues années. On a même, dans quelques cas rares, vu les kystes se vider dans l'intestin et même au dehors, et la maladie se terminer ainsi d'une manière favorable.

La rupture qui a lieu *dans l'état de vacuité* paraît, chose singulière au premier abord, plus grave que celle qui se produit dans la grossesse; du moins les cas de ce genre qui ont été cités se sont tous terminés par la mort. Cela tient, selon toutes les probabilités, à ce que le liquide qui s'est épanché dans le péritoine ayant des qualités irritantes analogues à celles du liquide versé par les perforations intestinales, a produit plus facilement la *péritonite suraiguë* si fréquemment mortelle.

On trouve, après la mort, l'utérus divisé irrégulièrement dans une étendue très-variable. Les bords de la division sont lacérés, ordinairement noirâtres, infiltrés de sang, couverts de matière purulente lorsque la femme a survécu quelque temps, ramollis ordinairement, ou présentant les altérations propres à la gangrène, au cancer, etc. Dans le péritoine on trouve un épanchement de sang parfois extrêmement considérable, et ordinairement une partie de l'eau de l'amnios, et le fœtus. Des traces d'inflammation péritonéale (suppuration, fausses membranes) se rencontrent aussi lorsque la malade n'a pas été

emportée assez rapidement pour que la péritonite n'ait pas eu le temps de se produire.

Diagnostic. Si la déchirure est incomplète, on en soupçonne l'existence à l'apparition subite des douleurs et à l'état de vive anxiété de la malade; mais ces signes ne peuvent fournir une certitude complète. Si l'hémorrhagie est très-considérable, les résultats de la percussion, joints aux symptômes propres à l'hémorrhagie interne, viendront éclairer le médecin.

Lorsque la rupture est complète, il y a encore une distinction à faire : ou bien le contenu de la matrice a passé dans le péritoine, ou bien il ne s'est épanché qu'une petite quantité de liquide, le fœtus et ses annexes restant dans la cavité utérine. Dans ce dernier cas, le diagnostic est tout aussi peu certain que dans ceux où la rupture est incomplète, et c'est surtout sur l'apparition subite des accidens qu'il faut fixer son attention.

Lorsque le fœtus a passé dans la cavité utérine, le diagnostic n'est plus douteux. La région hypogastrique s'affaisse, et l'on trouve au contraire dans l'abdomen une tumeur qu'à sa forme on reconnaît pour être le fœtus. En pareil cas, le toucher rectal peut être utile.

L'affaissement de la région hypogastrique, et la matité qui existe dans les flancs servent, avec les symptômes décrits plus haut, à faire reconnaître le passage du liquide de l'utérus dans le péritoine par suite de la rupture de cet organe hors l'état de grossesse.

Je n'ai pas besoin de dire que le *pronostic* doit être considéré comme excessivement grave, et que

les cas de guérison cités plus haut ne sont que d'heureuses exceptions.

Traitement. Le traitement, lorsqu'il s'agit d'une rupture incomplète qui détermine une hémorrhagie intense, doit être d'abord celui qu'on oppose à toutes les hémorrhagies abondantes (repos; froid, etc.); puis il importe de hâter l'accouchement par des moyens que je n'ai pas à décrire ici; puis enfin il faut combattre les symptômes de péritonite dès qu'ils se manifestent.

Les mêmes moyens doivent être dirigés contre la rupture complète, soit que le fœtus soit resté dans la cavité utérine, soit qu'il ait passé dans le péritoine; mais ce dernier cas présente quelques particularités qu'il importe de signaler. Le *passage du fœtus* dans la cavité péritonéale *est-il incomplet?* voici comment on doit agir, suivant M. Dubois (*Dict. de Méd.*, article *Utérus* (rupture) t. XXX, p. 329) : « Le *forceps*, si la tête est restée dans l'utérus et n'est pas trop élevée; l'*extraction par les pieds*, si c'est l'extrémité pelvienne qui se présente, ou si la tête, se présentant, n'est pas accessible au forceps. Les pieds fussent-ils dans la cavité péritonéale, il ne faudrait pas craindre d'aller les chercher à travers la crevasse, pourvu qu'on procédât avec beaucoup de prudence et de douceur dans cette manœuvre, et dût-on, pour pénétrer plus facilement, agrandir la plaie de l'utérus par un *débridement* ménagé. » *Le fœtus a-t-il passé en entier* dans la cavité péritonéale, cette circonstance « n'exclurait pas tout à fait, dit M. Dubois, l'*introduction de la main* par la solution de continuité; mais il faudrait pour cela qu'elle fût large, que l'organe ne fût que très-incomplétement rétracté.

Les *ruptures du col* offrent seules ces conditions favorables; celles du corps sont, sous ce rapport, bien différentes, et si le fœtus était complétement tombé dans le ventre, mort ou vivant, il devrait être, d'après ce que nous avons dit plus haut, extrait par l'*opération de la gastrotomie.* »

Je n'en dirai pas davantage sur cet accident, dont, je le rèpète, je n'ai pas eu la prétention de faire l'histoire complète.

Il est un certain nombre d'affections utérines sur lesquelles je dois garder le silence, parce que, dans l'état actuel de la science, elles n'offrent pas d'intérêt réel pour le praticien, ou bien qu'elles sont entièrement du domaine de la chirurgie: telles sont les *hydatides* qui n'ont pas de signes propres à en faire reconnaître l'existence, autres que l'expulsion d'un plus ou moins grand nombre de ces *acéphalocystes;* les divers *déplacemens de l'utérus* (antéversion, rétroversion, chute); la *tuberculisation*, l'*ossification de cet organe*, etc. Mais je dois dire quelques mots d'une affection nerveuse qui a fixé l'attention des auteurs, et sur laquelle néanmoins nous n'avons que des renseignemens insuffisans : c'est la *névralgie de l'utérus.*

ARTICLE XIII.

NÉVRALGIE DE L'UTÉRUS.

Rien n'est plus vague que ce que les auteurs ont décrit sous les noms de *névralgie utérine*, *hystéralgie*, *métralgie*, *utéralgie.* On les voit, en effet, ran-

ger sous ces noms les douleurs dues à une congestion sanguine, à une ulcération, à une autre lésion quelconque, aussi bien que celles qui se montrent sans qu'un examen attentif puisse faire reconnaître une altération de l'organe. Il est vrai que dans quelques cas ils font remarquer que la violence des douleurs n'est pas en rapport avec la lésion, et que leur forme est celle des douleurs névralgiques; mais ce n'est pas là résoudre la question. Bien plus, dans les cas mêmes où aucune lésion de l'utérus ne pouvait rendre compte des symptômes douloureux, on n'a pas recherché si le mal avait sa source ailleurs que dans l'organe lui-même, dans les nerfs lombaires par exemple. Or, depuis que mon attention est fixée sur les *névralgies*, j'ai observé maintes fois de vives douleurs utérines sans altération appréciable de l'organe; mais aussi, en pareil cas, j'ai trouvé vers les lombes, le long de la crête iliaque et dans l'hypogastre des points douloureux qui m'ont fait voir que ces douleurs utérines faisaient simplement partie d'une névralgie *lombo-abdominale*.

Il est néanmoins permis d'admettre que la névralgie peut être bornée à l'utérus. Dans toutes les névralgies, en effet, on trouve des exemples d'une pareille limitation du siége de la maladie. Ainsi, dans la névralgie cervico-brachiale, la maladie peut être bornée à la partie du nerf cubital ou du nerf radial qui occupe l'avant-bras; on a vu des névralgies n'occupant qu'un nerf plantaire; mais ces cas ne doivent pas être considérés autrement que comme de simples variétés de la névralgie qui envahit ordinairement une étendue beaucoup plus considérable du nerf.

Ainsi donc, d'une part, dans un bon nombre de

cas, on a considéré, comme dues à une névralgie, des douleurs qui pouvaient bien suivre le trajet des nerfs, mais qui, produites par une lésion évidente, ne doivent pas être regardées comme des affections purement nerveuses, ce que le nom de névralgie porterait à croire; et, de l'autre, lorsqu'il y a des douleurs purement nerveuses, on peut les rattacher à une des névralgies que nous aurons à étudier plus loin. Il me paraît par conséquent convenable de renvoyer, pour tout ce qui concerne cette affection, à l'article *Névralgie lombo-abdominale* (*voy.* t. IX), où j'en parlerai avec quelques détails.

CHAPITRE IV.

Maladies des ovaires.

Si l'on excepte les kystes des ovaires, et surtout les kystes hydropiques ou hydropisies ovariques, on peut dire que les maladies de ces organes sont très-peu connues. On en a la preuve en parcourant les auteurs, qui n'ont consacré à ces affections que des articles peu étendus et dans lesquels l'histoire de ces maladies est présentée avec fort peu de précision.

C'est surtout aux progrès de l'anatomie pathologique que nous devons le peu que nous savons sur ce sujet; il est même quelques affections, comme l'*ovarite*, qui, ainsi que le fait remarquer M. Chereau (*Mém. pour servir à l'étude des mal. des ovaires;* Paris, 1844), sont restées inconnues aux auteurs qui ont écrit avant la fin du siècle dernier. Dans ces derniers temps, nous avons eu d'assez nombreux et d'assez importans travaux que je signalerai dans le cours de cet article; mais ces travaux n'ont pu nous fournir que des documens insuffians, qu'une observation persévérante pourra seule compléter.

Le chapitre que je consacre aux maladies des ovaires ne saurait avoir une grande étendue. D'une part, en effet, nous n'avons, comme on vient de le voir, que des matériaux insuffisans, et, de l'autre, les affections les plus connues, comme les diverses tumeurs de ces organes, sont beaucoup plus du domaine de la chirurgie que de celui de la médecine.

ARTICLE Ier.

OVARITE.

Si nous voulions étudier dans cet article tout ce qui a rapport à l'inflammation des ovaires, nous aurions sans doute un assez grand nombre de faits qui pourraient nous servir ; mais, en y réfléchissant, on verra qu'il est bien plus simple et plus utile d'agir autrement. On a distingué l'ovarite en simple ou *idiopathique*, en *puerpérale*, qu'on peut, comme M. Chomel l'a fait pour la métrite, diviser en *puerpérale proprement dite* et en *post-puerpérale*, et enfin en *symptomatique* d'une autre affection. Or il y a une circonstance capitale à considérer : ou bien l'ovarite se termine par résolution, comme cela arrive dans l'ovarite simple, ou bien elle se termine par suppuration. Dans ce dernier cas, il y a un abcès de la fosse iliaque, et il est bien plus important pour la pratique de ne tenir compte que de cet abcès, en rangeant l'inflammation de l'ovaire parmi les causes des lésions de ce genre, que de décrire la maladie tout entière, pour avoir ensuite à y revenir à propos des abcès de la fosse iliaque. Nous n'avons donc à nous occuper ici que de la première espèce.

Ovarite aiguë. On ne connaît qu'un bien petit nombre de cas d'inflammation de l'ovaire dont le diagnostic ait pu être porté avec précision. M. Chereau, qui a réuni les observations d'ovarite les plus importantes, n'a cité que sept cas de ce genre, et encore, en y regardant de près, on ne peut s'empêcher de conserver des doutes sur quelques-uns d'entre

eux. Pour mon compte, je n'en ai observé qu'un seul, dont je parlerai plus loin. Quant à l'ovarite qui survient pendant les couches, le diagnostic en est si difficile, que quelques auteurs, et en particulier M. Lisfranc (*loc. cit.*), ont renoncé à décrire à part l'inflammation de l'ovaire, et ont réuni dans leur description cette inflammation à celle des autres annexes de l'utérus.

Causes. Les causes de l'inflammation idiopathique de l'ovaire sont des plus obscures. M. Chereau a rapporté quelques cas où il a paru que les *efforts de la menstruation*, dans lesquels, suivant les recherches intéressantes faites récemment il y a congestion sanguine de l'ovaire, peuvent être suivis d'une inflammation de l'organe congestionné. Le fait n'a rien d'invraisemblable, mais sa démonstration demanderait de nouvelles recherches; car, ainsi que nous le verrons plus loin, le diagnostic aurait eu besoin d'être mieux précisé qu'il ne l'a été dans les observations rapportées. La *suppression subite des menstrues* aurait le même effet d'après deux observations citées par M. Chereau (*loc. cit.*, p. 131). M. Copland (*Jour. méd.-chir.;* Lond. 1830) a signalé une ovarite *rhumatismale;* mais rien ne prouve qu'en pareil cas le principe rhumatismal fût pour quelques chose dans la production de la maladie. M. Louis (*Rech. sur la Fièv. typh.*) a trouvé, dans plusieurs cas de maladies fébriles, un peu de rougeur et de tuméfaction des ovaires, mais jamais de lésions assez graves pour mériter une description particulière.

On a encore cité comme causes de l'ovarite les *coups*, les *chutes*, les *plaies*, l'emploi des *aphrodi-*

siaques, mais on n'a pas rapporté les faits à l'appui.

Enfin il faut reconnaître que l'ovarite survient parfois *sans cause appréciable*. C'est ce que j'ai constaté chez une femme de plus de soixante ans, chez laquelle, comme on le verra plus loin, l'existence d'une ovarite n'a pas été douteuse.

Tout le monde sait que *dans le cours d'une fièvre puerpérale*, l'ovaire peut s'enflammer ; mais, en pareil cas, c'est une affection secondaire. *Quelque temps après l'accouchement*, cet organe peut également être pris d'une inflammation qui se termine par résolution ou par suppuration. Le second cas nous occupe seul ici.

D'après les causes indiquées plus haut, on peut conclure que la maladie dont il s'agit se produit principalement pendant la grande période de la menstruation ; cependant le fait que je viens de citer prouve que cette règle n'est pas sans exception.

Symptômes. Dans tous les cas cités, il y a eu une *douleur spontanée* assez vive, et surtout une *douleur violente sous la pression ;* c'est au point qu'un attouchement un peu fort sur la région iliaque malade est tout à fait insupportable. La douleur spontanée peut s'irradier dans les lombes et même dans les cuisses ; elle est parfois pulsative. Les mouvemens du membre inférieur causent de la douleur dans la partie malade, et le membre reste immobile et à demi fléchi.

Une *tumeur* dont les auteurs comparent généralement le volume à celui d'un œuf de poule, mais qui peut, comme je l'ai vu, être plus considérable au commencement de la maladie, se montre dans une fosse iliaque, bien rarement dans les deux à la

fois. La position de cette tumeur n'a pas été indiquée d'une manière bien précise par les auteurs. Dans les faits cités par M. Chereau, il est dit que la tumeur était *mobile*, et dans quelques-uns seulement, qu'elle pouvait être limitée de manière à faire reconnaître la forme de l'ovaire tuméfié. Voici ce que j'ai vu dans le cas soumis à mon observation : Les deux premiers jours, je trouvai dans la fosse iliaque droite une tumeur qui avait six ou sept centimètres de diamètre, et qui occupait cette région de manière à ce qu'il n'y avait aucun intervalle entre elle et l'os iliaque correspondant. La tumeur était immobile, et je crus à la formation d'un phlegmon de la fosse iliaque non encore suppuré; puis la tumeur se limita, un intervalle souple existait entre elle et l'os iliaque, et on sentait une dureté ovoïde parfaitement limitée. Les jours suivans, la tumeur diminua rapidement de volume, de sorte qu'en dix ou douze jours elle avait complétement disparu, sans évacuation d'aucune espèce. Dans une observation due à M. Harrison, de Louisville (*the Amer. Journ. of the med. Sci.;* 1835), il est dit que la tumeur était située au-dessous de la protubérance du sacrum, ce qui me paraît difficile à comprendre.

Le *toucher par le rectum* peut être utile pour consacrer la position de la tumeur; mais nous ne trouvons pas de renseignemens suffisans sur ce point dans les observations.

La tumeur est *résistante ;* elle donne un son mat à la *percussion,* qui doit être pratiquée légèrement dans les premiers temps, à cause de la douleur vive qu'elle occasionne.

Dans les cas où la maladie survient après les couches, les symptômes locaux sont les mêmes d'abord; il n'y a, en effet, rien de particulier sous ce rapport, que la terminaison par suppuration dans certains cas.

Les autres symptômes locaux signalés par quelques auteurs étaient dus à des lésions des organes voisins, et appartenaient par conséquent à des complications dont nous ne devons pas nous occuper ici.

Les *symptômes généraux* sont très-variables suivant les cas. Si la maladie est survenue spontanément, elle peut ne déterminer qu'un simple *malaise* et un mouvement fébrile insignifiant. Dans les cas où elle vient pendant une menstruation difficile, il y a les signes de la *dysménorrhée,* et de plus un mouvement fébrile assez prononcé. C'est ce qui avait lieu chez les malades observées par M. Chereau; la fièvre, avec *brisement des membres*, *céphalalgie*, *soif*, *troubles digestifs,* accompagnait les ovarites survenues à la suite d'une suppression des règles. Enfin chacun sait que l'ovarite qui se manifeste pendant les couches détermine un mouvement fébrile semblable à celui que produit la métrite. Dans tous ces cas, une *constipation* opiniâtre peut être le résultat de la compression exercée sur l'intestin par la tumeur lorsqu'elle est considérable.

La *marche* de la maladie est continue. Sa *durée* est de un ou deux septenaires lorsqu'elle se termine par résolution; dans le cas contraire, il se forme un *abcès*, dont nous nous occuperons plus loin. La *terminaison* par abcès, qui n'a jamais eu lieu dans les cas d'ovarite idiopathique, ne serait pas, suivant quelques

auteurs la seule à redouter, et l'on aurait encore à craindre de voir l'ovaire *se gangrener;* mais on n'a pas cité de cas d'ovarite simple se terminant ainsi.

Le *diagnostic* de l'ovarite simple est très-difficile à porter d'après les observations des auteurs. Le signe principal qui sert à faire distinguer cette affection, avant la suppuration, *d'un phlegmon de la fosse iliaque,* est la forme de la tumeur, qui est ovoïde et circonscrite; mais ce signe ne se montre pas toujours. Je crois que ce signe que j'ai signalé, et qui consiste dans un intervalle entre la tumeur et l'os iliaque, est très-important. On ne l'observe jamais dans les abcès. Mais, ainsi que je l'ai dit, cet intervalle n'a été sensible qu'au bout de quelques jours. S'il en était toujours ainsi, il me paraîtrait bien difficile de distinguer, avant cette époque, l'ovarite du flegmon de la fosse iliaque. Il ne faudra pas oublier le toucher rectal, qui peut faire apprécier la forme de la tumeur, alors qu'elle n'est pas facilement perçue à travers la paroi abdominale.

Le *pronostic* est peu grave lorsque l'affection s'est développée hors l'époque des couches. Dans le cas contraire, on a à redouter la suppuration dont nous ferons connaître plus loin le danger.

Traitement. Le traitement opposé à l'ovarite dont il s'agit ici, est des plus simples. La *saignée,* des *sangsues* en plus ou moins grand nombre, suivant la force des malades et surtout suivant l'intensité des phénomènes locaux et généraux; les *émolliens;* quelques *narcotiques;* la *diète;* le *repos;* des *purgatifs* peu violens pour vaincre la constipation, tels sont les seuls moyens qu'on a mis en usage, et qui se sont montrés suffisans dans les cas d'ovarite simple. On

conseille, si la résolution se fait attendre, d'avoir recours aux *frictions mercurielles*, aux médicamens appelés *fondans*, etc.; mais nous n'avons pas de bonnes observations qui nous fassent connaître les cas de ce genre.

Ovarite chronique. Les auteurs qui regardent les diverses dégénérescences de l'ovarite comme des conséquences d'une ovarite chronique, ont nécessairement regardé cette maladie comme assez fréquente; mais rien ne prouve que leur opinion soit fondée, dans le plus grand nombre des cas du moins.

Les observations manquent pour tracer l'histoire de cette maladie, à laquelle on attribue pour *symptômes* une douleur sourde, avec tuméfaction plus ou moins considérable d'un ovaire ou des deux à la fois. Dans l'état actuel de la science, nous ne pourrions entrer dans aucun détail assez précis pour trouver place ici.

ARTICLE II.

KYSTES DES OVAIRES; HYDROPISIE ENKYSTÉE.

Les divers kystes des ovaires doivent être rangés parmi les maladies qui intéressent plus la chirurgie que la médecine. Je ne mentionnerai dans cet article que ce qui rentre plus spécialement dans notre sujet.

1° *Kystes pileux.* Je n'ai que deux mots à dire de ces tumeurs, qui n'ont point d'intérêt pratique réel. Elles n'acquièrent, en effet, quelque importance que lorsqu'elles s'enflamment, et alors il en résulte des abcès qui réclament l'intervention de la chirurgie.

Ces kystes sont divisés en trois ordres par M. Velpeau, qui en a tracé une histoire intéressante (*Dict.*

de Méd., t. XXIIe, p. 581). Dans le premier il range ceux qui paraissent dépendre de la même cause qui a produit l'organisme qui les contient; dans le *second* se rangent ceux qui sont le produit d'une fécondation incomplète; et dans le *troisième* se classent ceux dans lesquels les productions morbides (graisse, poils, dents) paraissent des productions du sac qui les renferme.

Les produits qu'on rencontre dans ces kystes sont dans l'ordre de fréquence : des poils, des dents, de la graisse qui les enveloppe, des fragmens d'os, des lambeaux ayant l'aspect du tissu musculaire, de la peau, etc.

Ces kystes forment des tumeurs *indolentes* à moins d'accidens particuliers, occupant une étendue assez considérable de la partie inférieure de l'abdomen, offrant une dureté assez grande, mais ordinairement différente dans les divers points, donnant un son mat à la percussion, et ayant leur racine dans une des fosses iliaques.

Les femmes n'en éprouvent ordinairement aucune incommodité; mais, je le répète, ces tumeurs peuvent s'enflammer, et de là des *abcès* qui se sont vidés au dehors, dans l'intestin, dans le vagin, etc. Les débris de matière organisée qui s'échappent alors font reconnaître la nature de la tumeur. Mais il serait inutile d'insister plus longtemps sur cette lésion, dont les causes sont assez obscures pour que de longues discussions se soient élevées à ce sujet, et qui n'a de véritable intérêt qu'au point de vue de la génération et de l'anatomie pathologique.

2°. *Kystes séreux* ou *hydropisie enkystée*. C'est donc à l'hydropisie enkystée de l'ovaire que doit être

spécialement consacré cet article. On trouve dans les recueils de médecine un nombre considérable de faits qui se rapportent à cette maladie; mais les recherches auxquelles elle a donné lieu sont très-insuffisantes, et les descriptions qu'on en trouve dans les auteurs sont très-vagues et laissent beaucoup de doutes dans l'esprit. Je vais exposer rapidement ce que nous savons de plus précis sur ce sujet.

Définition; fréquence. On donne le nom de kystes de l'ovaire ou hydropisie enkystée à une affection dans laquelle cet organe renferme, dans une ou plusieurs poches dont il est creusé, un liquide quelconque. Cette définition prouve déjà qu'il ne s'agit pas ici d'une hydropisie ordinaire; car le liquide contenu dans les kystes n'est pas, à beaucoup près, toujours séreux.

L'hydropisie de l'ovaire n'est pas une maladie rare, sans toutefois pouvoir être rangée parmi les affections chroniques qu'on rencontre fréquemment.

Causes. Les causes de cette affection sont très-obscures. Parmi les *causes prédisposantes*, on a rangé l'*âge* de vingt à quarante-cinq ans; mais nous n'avons pas à ce sujet de relevés de faits concluans. On a dit aussi qu'une circonstance qui favorise beaucoup sa production est *une ou plusieurs grossesses antérieures* et le *rapprochement des sexes* (Lisfranc). Mais qui ne voit que pour établir l'existence de ces causes, il faudrait pouvoir se fonder sur des chiffres extrêmement nombreux? Qu'y a-t-il, en effet, de surprenant à ce que la maladie se montre le plus souvent dans les circonstances où presque toutes les femmes se trouvent placées? Rien ne prouve la légèreté avec laquelle ces questions ont été étudiées,

que de semblables propositions dont la naïveté est presque incroyable. Suivant Meckel, l'ovaire gauche serait plus fréquemment affecté que le droit; mais il résulte d'un relevé de faits présenté par le docteur Bloff (*Journ. l'Expér.*, t. Ier) que, dans cinquante-quatre cas, l'ovaire droit a été affecté 31 fois et l'ovaire gauche 23 fois seulement. Sans doute il serait bon d'avoir un plus grand nombre de faits; mais ceux qu'a rassemblés l'auteur que je viens de citer démontrent du moins que l'assertion de Meckel aurait grand besoin de preuves.

Les *causes occasionnelles* sont, suivant les auteurs, les *violences extérieures*, les *excès vénériens*, et tout ce qui peut occasionner l'*inflammation* des organes génitaux; mais rien n'est moins prouvé que l'exactitude de ces assertions.

Quant aux *conditions organiques* dans lesquelles se produit la maladie, les auteurs se sont livrés à des hypothèses plus ou moins ingénieuses, mais sans preuves concluantes. L'opinion la plus générale est que les kystes de l'ovaire sont le résultat de la distension et de la dégénération d'une ou de plusieurs *vésicules ovariques*. Suivant Delpech et après lui M. Cruveilhier, certains kystes multiloculaires constitueraient une forme de cancer à laquelle le dernier de ces auteurs, qui regarde l'affection comme une altération des extrémités veineuses, a donné le nom de *cancer aréolaire*. J'ai vu plusieurs de ces altérations de l'ovaire, et je n'ai pas pu y trouver les caractères du tissu cancéreux plus souvent que dans d'autres kystes uniloculaires ou multiples, qui dans plusieurs points de leurs parois offrent fréquemment l'aspect squirrheux.

Symptômes. Pour la description des symptômes, il faut avoir présente à l'esprit une division assez généralement admise, et fondée sur l'anatomie pathologique des kystes de l'ovaire. On a distingué ces kystes en *uniloculaires*, *multiloculaires*, *multiples* et *aréolaires*. Ces variétés, et surtout les formes uniloculaire et multiloculaire, présentent quelques particularités qu'il est important de signaler; mais, avant de les indiquer, je crois devoir décrire les symptômes communs.

Début. Le début des kystes de l'ovaire est toujours *latent*. Ce n'est que lorsque la tumeur a déjà acquis un volume assez considérable, qu'elle donne lieu à certains phénomènes et à certains signes qui en font reconnaître l'existence. Cette remarque prouve déjà combien on est peu fondé à attribuer la maladie à une inflammation, quelque faible qu'on la suppose; car s'il en était ainsi, on la verrait, au moins quelquefois, occasionner des accidens assez notables dès son début.

Symptômes. Il est rare que ces kystes des ovaires causent de la *douleur;* cependant la chose n'est pas impossible. J'ai vu, pour mon compte, une jeune femme qui, portant un kyste de l'ovaire droit, gros comme la tête d'un fœtus, éprouvait, dans la fosse iliaque et le flanc de ce côté, des douleurs extrêmement vives, qui toutefois n'étaient pas continues, et se dissipaient après deux ou trois jours de durée, pour se reproduire après un espace de temps plus ou moins considérable. Ordinairement les malades n'éprouvent d'abord qu'un peu de *pesanteur* dans la région affectée, et souvent c'est par hasard qu'elles découvrent la tumeur qu'elles ont dans l'ab-

domen. Lorsque la tumeur devient très-considérable, l'abdomen peut être un peu douloureux. Il est quelques sujets qui ont des tiraillemens dans les lombes, les aines et les cuisses. S'il survient une inflammation dans la tumeur ou dans une partie voisine, la douleur est vive; mais elle est due alors à un accident qui arrive assez rarement.

La *pression*, la *percussion*, les *grands mouvemens* et la *fatigue* causent ordinairement un peu de douleur dans la région occupée par la tumeur, mais ce n'est presque toujours que lorsque celle-ci est assez volumineuse pour distendre l'abdomen.

La *palpation* exercée sur le ventre ne fournit quelques renseignemens que lorsque la tumeur a acquis un certain volume. Alors on trouve cette tumeur de forme plus ou moins bien arrondie, et présentant des caractères différens suivant son volume. *Est-elle encore d'un volume médiocre*, ne dépasse-t-elle pas, par exemple, le volume de la tête d'un fœtus? on la sent très-bien circonscrite dans un des côtés de l'abdomen, et la main, pressant fortement par son bord cubital sur la paroi antérieure de cette cavité, peut la saisir du côté de l'ombilic, où on trouve son fond globuleux. Mais il ne faut pas se contenter de cette exploration, on doit suivre la tuméfaction jusque dans la fosse iliaque, où l'on peut s'assurer que se trouve sa racine, ce qui est très-important pour le diagnostic. Si au contraire la tumeur est d'un très-grand volume, si elle distend fortement la paroi abdominale, il est plus difficile de la circonscrire; cependant, avec un peu d'attention, on parvient, dans presque tous les cas, à trouver un côté de l'abdomen plus tendu, plus dur, plus résistant

que l'autre, et à s'assurer qu'une des deux fosses iliaques est souple, tandis que l'autre, où la tumeur prend sa racine, est très-résistante.

Au reste la *percussion*, en pareil cas, vient en aide à la palpation. M. Rostan (*Mém. sur un moyen de dist. l'hydr. enkyst. de l'Ascite;* nouv. Journ. de Méd., t. III, et *Traité du Diagnostic*) a noté un signe important. Dans l'hydropisie de l'ovaire, en effet, les intestins sont refoulés du côté opposé à la tumeur, et donnent dans ce côté du ventre un son clair, tandis que le côté opposé est mat. Si on pratique la percussion avec soin, on trouve dans la fosse iliaque, où la tumeur à pris naissance, une matité marquée, tandis que la fosse iliaque du côté opposé est sonore; puis, en cherchant la limite supérieure de la matité, on s'assure que la ligne qui la sépare du son clair des intestins est une ligne courbe dont la convexité est tournée en haut, et qui, venant se perdre dans le côté occupé par la tumeur, laisse l'autre libre dans une plus ou moins grande étendue. Lorsque la tumeur est excessivement considérable, ces signes sont moins faciles à reconnaître; mais on s'assure alors que les intestins ont été refoulés vers un point latéral de l'abdomen, et de plus, en faisant varier la position de la malade, *on ne voit pas survenir de changement de niveau du liquide*, ce qu'il est toujours très-important de constater.

Ces signes sont également beaucoup plus obscurs lorsque la maladie occupe les deux ovaires. Mais dans ces cas, qui ne sont pas les plus fréquens, à beaucoup près, quoique la plupart des auteurs aient avancé que lorsque l'affection occupe un des ovaires, elle ne

tarde pas à envahir l'autre, la *palpation* et la *percussion* offrent d'autres ressources, car les deux tumeurs ne sont jamais d'égal volume, et en constatant l'irrégularité très-grande de la tuméfaction qu'elles occasionnent, on a un signe très-important pour le diagnostic.

La simple *inspection* de l'abdomen est souvent très-utile pour faire reconnaître la nature de la maladie. Le ventre est, en effet, fréquemment déformé, le côté occupé par la tumeur étant plus saillant que l'autre.

On a indiqué, comme pouvant être de quelque utilité, *le toucher vaginal*, et plus encore le toucher rectal. Mais le premier sert uniquement à faire constater que la tuméfaction n'est pas due à l'augmentation de volume de l'utérus, et quant au second, je n'ai pas trouvé de faits où il ait été employé avec quelque utilité.

Les kystes des ovaires peuvent exister pendant de longues années et prendre un accroissement considérable sans qu'il en résulte aucune altération de la santé. Cependant, si l'on consulte les faits, on voit qu'il est assez ordinaire d'observer des *troubles de la menstruation*, et en particulier l'*aménorrhée* et la *dysménorrhée*.

On a aussi cité un certain nombre de cas dans lesquels, à ces troubles de la menstruation, se joignaient, dans les premiers temps de la maladie, des *signes de grossesse* qui faisaient croire à une véritable conception : ainsi des *altérations de l'appétit*, des *vomissemens*, le *gonflement des seins*. Mais ces signes se dissipent au bout de peu de temps dans la grande majorité des cas, et le développement de la tumeur

n'étant pas régulier comme celui de la matrice dans la grossesse, l'erreur est ordinairement assez promptement dissipée. Nous verrons cependant, en parlant du diagnostic, qu'il est des cas où l'on a pu se tromper complétement.

La compression qu'exerce la tumeur sur l'intestin, surtout lorsqu'elle est située à gauche, produit ordinairement une *constipation* opiniâtre. Parfois aussi, par son action sur la vessie, elle détermine de fréquentes envies d'uriner et même la *dysurie.*

Ces symptômes sont ceux que l'on observe lorsque la tumeur ovarique n'a qu'un développement médiocre; mais si son volume est assez considérable pour que l'abdomen soit considérablement distendu, on en observe d'autres qui sont dus à la compression des divers organes. Les intestins étant refoulés, l'estomac ne pouvant pas se dilater, il en résulte des *troubles marqués de la digestion.* Le refoulement des viscères abdominaux se fait sentir sur le diaphragme, qui ne se contracte que très-incomplétement, les poumons ne peuvent plus se dilater suffisamment, et de là la *gêne de la respiration* et de la *circulation* qu'on voit survenir à cette époque. Les conséquences de ces troubles de fonctions si importantes sont faciles à prévoir. Les malades languissent, pâlissent, deviennent d'une grande maigreur, jusqu'à ce qu'enfin elles succombent dans un état d'asphyxie, d'anémie et de fièvre lente tout à la fois.

Un symptôme qu'il ne faut pas oublier, et qui s'observe lorsque la tumeur a un volume un peu considérable, est un *bruit de souffle* qui se produit à chaque pulsation artérielle, et qui a été noté dans un certain nombre de cas. Il est important pour le

diagnostic d'avoir présente à l'esprit la possibilité de ce symptôme.

La compression exercée par la tumeur sur les grosses veines du bassin peut aussi donner lieu à un *œdème des extrémités*, à la *phlébite*, et la *phlegmatia alba dolens.* J'ai rapporté ailleurs un exemple bien évident de phlegmatia produite par cette cause.

Enfin de vives *douleurs de nature névralgique* sont parfois le résultat de la compression des rameaux qui vont former le grand nerf sciatique.

Après avoir ainsi exposé les symptômes communs aux diverses espèces de tumeurs, voyons ce qu'elles présentent de particulier suivant leur forme.

Kystes uniloculaires. Dans les kystes uniloculaires, la tumeur est beaucoup moins irrégulière, et le plus souvent même elle est globuleuse. Lorsque ces kystes ont acquis un très-grand développement, l'abdomen peut être uniformément distendu, et les signes que la tumeur présente ressembler beaucoup à ceux de l'ascite, avec accumulation très-abondante de liquide.

Ainsi l'on peut y percevoir la *fluctuation.* Ce signe est très-sensible quand le liquide contenu dans le kyste est purement séreux. Lorsque ce liquide est épais, la fluctuation est d'autant plus obscure que la matière a plus de densité, et souvent on ne sent, en plaçant une main sur un point et en percutant vivement avec les doigts de l'autre main, qu'un tremblottement semblable à celui que produirait une vessie pleine d'une substance gélatineuse.

Les kystes uniloculaires sont ceux qui en général acquièrent le plus grand développement.

Kystes multiples. Ces kystes sont remarquables

par les inégalités qu'on sent dans la tumeur; et comme il est ordinaire que le liquide contenu dans chacun d'eux ait une densité différente, et que leurs parois aient une résistance et surtout une épaisseur variable, il en résulte qu'ici on sent une bosselure dure, résistante; là, une autre élastique; là, une troisième plus molle, et ainsi de suite, et que ces bosselures sont séparées par des intervalles d'une étendue très-variable et d'une dureté plus grande que celle qu'elles peuvent présenter elles-mêmes. Si un de ces kystes a une capacité considérable, et si le liquide qu'il contient est peu dense, on peut sentir dans ce point une fluctuation qu'on ne retrouve pas dans les autres.

Kystes multiloculaires. La tumeur présente des bosselures semblables à celles qui viennent d'être indiquées; mais les cavités communiquant les unes avec les autres, on n'observe pas toutes les différences qu'offrent les kystes multiples.

Les *kystes aréolaires* n'ont rien de particulier sous le rapport qui nous occupe.

Enfin, lorsque les tumeurs présentent tout à la fois des kystes uniloculaires, multiloculaires et multiples, ce qui n'est pas très-rare, les divers caractères qui viennent d'être signalés se trouvent réunis en elles.

Marche; durée; terminaison. La marche de la maladie est ordinairement lente et continue. Dans quelques cas, on a vu la tumeur acquérir un volume très-considérable en peu de mois; mais ces cas sont extrêmement rares. Presque toujours il faut des années pour que l'abdomen soit considérablement distendu par le kyste. Quelquefois, après avoir fait des progrès rapides, la tumeur reste stationnaire et

parfois pendant des années entières, jusqu'à ce que, sans qu'on puisse en deviner la cause, une nouvelle impulsion soit donnée à son accroissement.

La *durée* est ordinairement très-longue. On a vu des sujets porter pendant trente et quarante ans des tumeurs ovariques, sans en éprouver de grandes incommodités lorsque leur volume n'était pas très-considérable.

Nous avons vu plus haut que la maladie pouvait se *terminer* par la mort. Cette terminaison est occasionnée soit par le développement démesuré de la tumeur d'où résultent les accidens mentionnés plus haut, soit, ce qui est plus rare, par une inflammation développée spontanément, ou par une rupture du kyste dans l'abdomen, soit enfin à la suite d'une des opérations dont je parlerai plus loin. On a vu des kystes s'ouvrir dans l'intestin et dans d'autres organes.

Lésions anatomiques. Je ne ferai qu'indiquer rapidement ces lésions. Le tissu de l'ovaire est hypertrophié, dénaturé, le plus souvent endurci. Dans les cas de kyste uniloculaire volumineux, il peut avoir complétement disparu, et l'on ne trouve plus qu'une poche à parois minces et membraneuses. Dans les cas de kystes multiloculaires, ce tissu forme des cloisons incomplètes plus ou moins épaisses; et dans les cas de kystes multiples, le tissu altéré, parfois évidemment cancéreux, sépare les cavités par des cloisons complètes dont l'épaisseur est aussi très-variable.

Les cavités des kystes ont une capacité extrêmement variable; on en a trouvé qui n'admettaient pas le petit doigt, et d'autres qui pouvaient contenir jusqu'à 50 kilogrammes de liquide, et plus en-

core. Les kystes uniloculaires sont en général les plus grands. Les parois des kystes sont ordinairement lisses à l'intérieur.

Ces poches contiennent une matière qui varie suivant les cas, sous tous les rapports. C'est un liquide transparent, blanc, et coulant comme de l'eau; une sérosité citrine; un liquide lactescent; ou bien un liquide épais gélatineux, couleur de café ou de chocolat; ou encore une matière demi-liquide semblable à du miel, à de la colle, à du suif, à de la graisse, etc. La quantité de cette matière est en rapport, non avec le volume de la tumeur, mais avec la capacité des kystes. On a extrait quelquefois, par la ponction, jusqu'à 50 et 60 kilogrammes de sérosité. Parfois ces kystes contiennent quelques gaz, ce qui est dû à la décomposition de la matière qu'ils renferment.

Pour terminer ce qui a rapport aux lésions, il suffit d'ajouter qu'on trouve des adhérences de la tumeur avec les organes voisins, ainsi que les résultats de la compression des organes et des accidens précédemment mentionnés.

Diagnostic. Le diagnostic de cette affection ne laisse pas de présenter d'assez grandes difficultés, et si nous consultons les auteurs, nous trouvons que des erreurs graves ont été commises. Il importe donc d'entrer dans quelques détails sur ce point.

Au début, le diagnostic des kystes de l'ovaire est des plus obscurs. Lorsque la tumeur n'a pas acquis un certain volume, il est difficile, et souvent même impossible, de l'atteindre à travers les parois de l'abdomen; et quant au toucher rectal, nous avons vu plus haut qu'il ne donne que des ré-

sultats très-peu satisfaisans. Mais il est bien rare qu'à cette époque on ait à porter ce diagnostic. C'est seulement lorsque la tumeur est bien apparente qu'on est appelé près de la malade.

Nous avons dit que, dans certains cas, les femmes se croyaient grosses. Les médecins ont quelquefois partagé cette méprise. Voici à quels signes on distinguera la *grossesse utérine* d'un kyste de l'ovaire : Dans la grossesse, la tumeur globuleuse prend sa racine derrière les pubis ; aussi, tandis que dans l'hypogastre on obtient par la percussion un son mat, les fosses iliaques (l'intestin étant préalablement vidé) donnent un son clair plus ou moins prononcé; dans le kyste ovarique, au contraire, et c'est là un point capital sur lequel on n'a pas suffisamment insisté, il y a une matité très-prononcée dans la fosse iliaque où la tumeur prend sa racine, tandis que l'autre est sonore dans toute son étendue. La tumeur ovarique se développe presque toujours avec une lenteur incompatible avec l'idée d'une grossesse ; elle occupe un des côtés du ventre, tandis que l'utérus, après la conception, s'élève régulièrement en suivant la ligne médiane. Enfin la tumeur ovarique est ordinairement bosselée, ce qu'on n'observe pas dans l'utérus distendu par le produit de la conception, et de plus par le *toucher vaginal* on constate l'état normal du col et du corps de l'utérus qui sont développés dans la grossesse.

A une époque avancée de la grossesse surviennent les doubles battemens du cœur du fœtus et le souffle placentaire. Les premiers lèvent tous les doutes; il n'en est pas de même du souffle appelé souffle placentaire. Nous avons vu, en effet, qu'un bruit de

souffle très-distinct peut résulter de la compression d'un gros tronc artériel par la tumeur. Une méprise de ce genre a été signalée par M. Bricheteau (*Cliniq. de l'hôp. Necker*); un bruit de souffle avait fait croire à une *grossesse*, *ovarique* il est vrai, car on connaissait le siége du mal; on voulut opérer, et la malade succomba au bout de six jours. Le même signe pourrait faire croire à une grossesse utérine. Suivant M. Depaul, on évitera la méprise, si l'on se rappelle que le bruit de souffle, dans la grossesse, n'est pas accompagné d'un battement, d'une impulsion comme le bruit de souffle artériel.

Enfin, plus tard, dans la grossesse, surviennent les mouvemens du fœtus qui ne laissent plus aucun doute.

Une *grossesse tubaire* ou *ovarique* serait bien plus facilement encore confondue avec un kyste de l'ovaire. Les circonstances dans lesquelles la tumeur s'est produite, et aussi les signes que donne un fœtus vivant, seront, à une époque un peu avancée, utiles pour ce diagnostic, que le médecin n'est heureusement pas appelé à porter souvent. Dans les premiers temps, il est toujours bien difficile de se prononcer.

Lorsque le kyste est uniloculaire, ou bien qu'un des kystes multiples s'est considérablement développé, et lorsque la tumeur, pleine d'un liquide assez coulant, distend beaucoup l'abdomen, l'hydropisie enkystée de l'ovaire peut être confondue avec l'*ascite*, et les exemples ne sont pas très-rares d'une pareille confusion. J'ai exposé ailleurs (*voy.* t. VI, article *Ascite*) les signes à l'aide desquels on distingue ces deux affections. Il me suffira de les rappeler dans le *Tableau synoptique.*

Mais il peut exister à la fois une ascite et une

hydropisie enkystée de l'ovaire; le diagnostic, en pareil cas, est un peu plus difficile; cependant on peut arriver à l'établir en pressant vivement la paroi abdominale de manière à déplacer le liquide péritonéal; on arrive par ce moyen à toucher la tumeur, qui offre une résistance beaucoup plus grande que celle qui est produite par le liquide de l'ascite.

Quant aux *tumeurs inflammatoires* des fosses iliaques, il est bien rare qu'on puisse les prendre pour des kystes; cependant j'aurai à dire quelques mots sur ce point dans l'article suivant :

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1°. *Signes distinctifs des kystes de l'ovaire et de la grossesse utérine.*

KYSTE DE L'OVAIRE.	GROSSESSE UTÉRINE.
Matité dans une des fosses iliaques; sonorité dans l'autre.	*Sonorité dans les deux fosses iliaques.*
Se développe avec *plus de lenteur.*	Développement *plus rapide.*
Tumeur occupant *un des côtés du ventre.*	Tumeur occupant *la partie moyenne du ventre.*
Parfois *bosselée.*	*Globuleuse.*
Par le toucher vaginal, on constate l'*état normal du col et du corps.*	Au toucher vaginal, *augmentation de volume du col et du corps.*
Plus rarement, bruit de souffle *avec battement.*	*Bruit de souffle*, connu sous le nom de bruit placentaire *sans battement.*
Rien de semblable.	A une certaine époque, *doubles battemens du cœur du fœtus.*
Point de mouvemens.	*Mouvemens du fœtus.*

2°. *Signes distinctifs de l'hydropisie enkystée des ovaires et de l'hydropisie ascite.*

HYDROPISIE ENKYSTÉE DE L'OVAIRE.	ASCITE.
Abdomen quelquefois *irrégulier*, généralement *globuleux.*	Abdomen plus ou moins *aplati.*
Son clair *dans le côté* du ventre *opposé à celui de l'ovaire malade.*	Son clair dans un espace compris entre *l'épigastre et une ligne contournant l'ombilic.*

Matité *plus considérable*, *à peu près égale* dans toute l'étendue du kyste.	Matité d'*autant plus grande*, *qu'on s'éloigne davantage de cet espace*, et qu'on s'approche des parties déclives.
Point de changement de rapports entre la matité et la sonorité *dans les changemens de position*.	*Changement de rapports* de la sonorité et de la matité, *quand on fait changer la position de la malade*.
Fluctuation généralement *moins facile*.	Fluctuation généralement *plus facile*.

Pronostic. Le pronostic des kystes de l'ovaire est en général grave. Il est rare qu'à une certaine époque l'affection ne finisse pas par déterminer des accidens sérieux, et au bout d'un temps très-variable elle devient mortelle dans le plus grand nombre des cas; seulement on peut dire d'une manière générale que la terminaison funeste n'arrive qu'après un temps fort long.

Traitement. Tous les auteurs s'accordent à dire que la guérison par les médications internes est au moins très-difficile à obtenir. M. Velpeau n'hésite pas même à poser en question l'existence d'un seul succès avéré. Il est vrai que nous n'avons pas de faits concluans à cet égard, et que les assertions de quelques auteurs qui disent avoir guéri par ces moyens des kystes des ovaires ne doivent être acceptées qu'avec défiance. Il me suffira, par conséquent, de mentionner très-rapidement les moyens qui constituent la médication interne, et qui ne diffèrent pas, comme on va le voir, de ceux qu'on oppose aux hydropisies et aux engorgemens des divers organes.

Médication interne. On recommande les *antiphlogistiques*, et surtout la *saignée locale*, lorsque l'affection paraît avoir été occasionnée par une violence

extérieure, et surtout au début de la maladie; mais dans le paragraphe consacré à l'*étiologie*, j'ai dit combien l'existence d'une pareille cause est hypothétique.

Si l'on pouvait penser qu'une suppression des règles a produit cette affection, on aurait recours aux moyens indiqués dans un autre article (*voy. Aménorrhée*), et qui sont destinés à rappeler les menstrues.

Ensuite on a, dit M. Velpeau, « tenté successivement l'administration des *sudorifiques*, des *mercuriaux*, des *purgatifs hydragogues*. Les préparations d'or, de plomb, d'iode, etc.; les eaux minérales, les applications locales de nature variée, ont encore été employées..... Nous ne ferons que mentionner pour mémoire la *compression*, que l'on a proposée il n'y a pas longtemps dans le but de faire disparaître les hydropisies enkystées de l'ovaire. Cette méthode, ainsi appliquée, ne compte pas encore des résultats que l'on puisse invoquer en sa faveur. »

Je pense, avec M. Velpeau, qu'il serait inutile d'entrer dans de plus grands détails à ce sujet.

Moyens chirurgicaux. Je n'ai pas non plus à décrire maintenant les moyens chirurgicaux. Ce serait trop empiéter sur le domaine de la chirurgie, et c'est aux traités de médecine opératoire qu'il faut avoir recours. Bornons-nous donc à une indication rapide.

1°. *Ponction.* La ponction n'est qu'un moyen palliatif. Elle ne doit être pratiquée que lorsque la fluctuation est sentie de manière à faire croire qu'il n'y a qu'un seul kyste, ou du moins qu'il en existe un beaucoup plus considérable que les autres et qui

cause tous les accidens. On pratique ordinairement la ponction sur la partie antérieure de la tumeur. La percussion devra être employée pour s'assurer qu'une matité complète existe dans le point que l'on veut ponctionner, et qu'il n'y a pas de danger d'intéresser un autre organe que l'ovaire malade.

Après la ponction, le kyste se remplit de nouveau, et souvent avec une grande rapidité. On a cité des cas où cette opération a été renouvelée jusqu'à quatre-vingts fois et plus.

La ponction n'est pas toujours sans danger. Elle a produit parfois un *épanchement péritonéal*, suivi de péritonite suraiguë promptement mortelle; d'autres fois il y a eu une *hémorrhagie interne* qui a emporté la malade; quelquefois enfin la mort est survenue peu de jours après une ponction, par suite d'une inflammation du kyste. Lorsque la matière contenue est trop épaisse, la ponction du kyste est pratiquée inutilement.

La *ponction par le vagin* a été quelquefois pratiquée. Elle est beaucoup plus dangereuse; et, d'après les cas que nous connaissons, on doit y renoncer, à moins de circonstances toutes particulières.

2°. *Ponction* et *injections*. On trouve dans les auteurs plusieurs exemples d'injections pratiquées avec divers liquides (*gros vin, eau aiguisée avec de l'alcool*, etc.), après avoir vidé le kyste à l'aide d'une ponction. On a proposé, dans ces derniers temps, les injections iodées. Il faut dire, avec M. Lisfranc (*loc. cit.*), que, dans les faits rapportés, lors de la discussion, à l'Académie de Médecine, sur ce sujet, il se trouve beaucoup de revers et peu de succès. Or, comme dans les cas où ces opérations sont pra-

tiquées, la maladie ne menace pas actuellement les jours de la malade, et que le traitement palliatif suffit pour la faire vivre, sans trop d'incommodités, pendant plusieurs années, un médecin prudent doit, jusqu'à ce que des faits plus encourageans soient cités, s'abstenir de cette opération dangereuse.

3°. *Incision; extirpation.* Je réunis à dessein ces deux opérations, parce que je veux me borner ici à une appréciation rapide de leurs avantages et de leurs inconvéniens, d'après les chirurgiens qui s'en sont le plus occupés, et surtout d'après M. Velpeau, qui a étudié attentivement les faits. Il n'est pas douteux que par ces opérations on ne soit parvenu à guérir complètement plusieurs malades. Mais, d'un autre côté, il est, et sans doute nous sommes loin de connaître tous les faits malheureux, un assez bon nombre de sujets que l'opération a tués. En outre, l'extirpation de la tumeur offre souvent des difficultés imprévues; parfois même on ne réussit pas à trouver l'ovaire malade. En présence de ces faits, il n'est aucun chirurgien qui ait osé poser en principe de pratiquer soit l'incision, soit l'extirpation. Tous sont forcés de se rejeter sur certains cas particuliers; et je crois que cette seule considération doit faire accorder peu de confiance à ces moyens, et regarder les opérations suivies de succès comme d'heureuses témérités qu'on ne saurait conseiller d'imiter.

ARTICLE III.

DÉGÉNÉRESCENCES DIVERSES.

Je ne veux présenter ici qu'une simple énumération, parce que, bien qu'intéressantes sous d'autres

rapports, les lésions dont il s'agit n'ont qu'une importance très-secondaire pour le praticien.

On a trouvé dans les ovaires la *dégénérescence cancéreuse*, dont les symptômes ne paraissent pas différer sensiblement, du moins d'après les faits que nous connaissons, de ceux des kystes multiloculaires; des *tubercules*, qui, d'après les recherches de M. Louis (*Rech. sur la Phtisie*), se rencontrent rarement; la *mélanose*; l'*ossification*; la *cartilaginification*; des *productions calcaires*; des *corps fibreux*. Pendant la vie, on peut soupçonner, d'après la consistance, les tumeurs osseuses ou cartilagineuses; mais le plus souvent on ne peut arriver à aucun autre diagnostic qu'à constater une tumeur de l'ovaire, et ce n'est qu'à l'autopsie qu'on en reconnaît la nature.

Il me reste maintenant, pour compléter l'histoire des maladies qui occupent les organes génito-urinaires, à traiter des tumeurs inflammatoires qui se forment dans le petit bassin et les fosses iliaques, et dont un grand nombre ont un rapport direct avec les affections des organes génitaux de la femme, ou même ont leur siége primitif dans ces organes ou leurs annexes. Je placerai, en conséquence, ces tumeurs inflammatoires dans un *appendice* aux maladies des voies génito-urinaires, quoique dans un certain nombre de cas la source du mal soit dans d'autres organes contenus dans l'abdomen.

APPENDICE.

TUMEURS INFLAMMATOIRES DU PETIT BASSIN ET DES FOSSES ILIAQUES.

L'inflammation du tissu cellulaire qui environne les organes de la génération, leurs annexes et les portions d'intestin contenues dans le bassin et les fosses iliaques, occasionne, quelle que soit la cause qui la produise, une tumeur ordinairement accessible à nos moyens d'exploration, et se termine le plus souvent par suppuration. C'est cette inflammation que je me propose d'étudier ici comme une maladie particulière, distincte, ayant sa place à part dans le cadre nosologique. Je n'ignore pas néanmoins que si l'on a égard aux siéges nombreux et très-différens qu'elle occupe, ainsi qu'aux circonstances dans lesquelles elle se produit, on sera plutôt porté à ne la considérer que comme un résultat d'affections très-diverses. Mais nous devons faire ici ce que nous avons fait déjà pour d'autres états morbides qui, bien que consécutifs, avaient une importance pratique beaucoup trop grande pour ne pas être traités à part avec toute l'extension nécessaire ; c'est ce que nous avons fait en particulier pour l'*œdème de la glotte.*

Circonstances principales dans lesquelles se produisent ces tumeurs. Je signalerai d'abord les *ulcérations du cœcum* qui ont lieu, soit par suite d'une dégénérescence cancéreuse limitée, ce qui est très-rare, soit par suite d'une inflammation ulcérative, dont les docteurs J. Burne (*Westm. Hosp., Rep.;*

1838), Albers (*Hist. de l'infl. du cœc. Voy.* l'Exp.; 1839) et d'autres auteurs nous ont rapporté des exemples. La perforation qui résulte de cette inflammation, à laquelle Albers donne le nom de *typhlite*, est moins fréquente, si l'on s'en rapporte du moins aux cas connus, que la *perforation* et la *gangrène de l'appendice iléo-cœcal*, qui a également pour résultat de produire, soit une *péritonite* dont nous ne nous occupons pas ici, soit une des tumeurs inflammatoires qui font le sujet de cet article.

Sauf ces cas de lésions de l'appendice cœcal et du cœcum lui-même, on peut dire que généralement les tumeurs inflammatoires des fosses iliaques et du petit bassin se manifestent chez les femmes en couches.

Le *siége primitif du mal* est, en pareil cas, très-variable, ainsi qu'on en peut juger par le résultat des recherches de M. Bourdon (*Des Tum. fluct. du petit bassin*, etc.; Rech. méd.; juill., août et sept. 1841). Cet auteur divise les tumeurs en trois classes, dont les deux premières nous intéressent seules, car dans les autres il s'agit d'abcès siégeant dans l'épaisseur même des organes. Dans la première classe, l'auteur place les tumeurs inflammatoires intra-péritonéales; ce sont des abcès circonscrits par des fausses membranes, occasionnés par une inflammation de l'utérus ou de ses annexes, et situés entre les organes contenus dans le petit bassin ou dans ces organes mêmes. Dans la seconde classe, mettant à part les collections séreuses dont parle M. Bourdon, et qui ne nous occupent pas ici, se trouvent les tumeurs produites par l'inflammation du tissu cellulaire qui

se trouve en abondance dans le grand et le petit bassin.

Quelle que soit la cause de cette inflammation, qu'elle soit due à l'extension d'une inflammation voisine (métrite, ovarite, inflammation de la capsule synoviale de la branche du pubis), ou même à un bubon, d'après M. Velpeau; ou bien qu'elle se soit développée primitivement (inflammation des ligamens larges, du tissu cellulaire de la fosse iliaque chez les femmes en couches); ou enfin qu'elle ait pour cause la perforation d'une cavité qui se vide dans le tissu cellulaire pelvien (ouverture d'un abcès dans le tissu cellulaire pelvien, infiltration urineuse, stercorale, etc.), elle a toujours pour résultat de produire une tumeur dont la position peut varier un peu, mais dont les différens exemples présentent aussi des caractères communs qui ne sauraient être méconnus. M. Grisolle, qui a étudié avec soin la plupart des espèces de tumeurs dont il s'agit ici (*Hist. des tum. phleg. des foss. iliaq.*, Archiv. gén. de Méd.; 1839), ne croit pas que l'inflammation phlegmoneuse des ligamens larges soit aussi fréquente que le pensent les auteurs qui ont écrit sur ce sujet. Mais comment expliquer, dans cette manière de voir, la grande fréquence des abcès de la fosse iliaque chez les femmes en couches? M. Grisolle a malheureusement oublié, en exposant l'anatomie pathologique de l'affection, de décrire à part les cas observés chez les femmes en couches, afin d'indiquer avec soin l'état des ligamens larges. Nous savons aujourd'hui qu'un bon nombre d'abcès viennent faire saillie à la partie supérieure du vagin, et se vident même par cette

voie; or on conçoit difficilement qu'il en soit si souvent ainsi, si les ligamens larges ne sont pas assez fréquemment enflammés.

Telles sont donc les conditions dans lesquelles se développent les tumeurs inflammatoires dont nous nous occupons. Maintenant indiquons la manière dont se produisent les principales espèces, puis nous exposerons l'histoire générale de la maladie.

Tumeurs inflammatoires causées par la perforation du cœcum ou de l'appendice cœcal. Dans le plus grand nombre des cas, du moins si l'on s'en rapporte aux observations citées par Wegeler (*Hist. ent. malig, et sing. calçul. concrementi;* Journ. de Corvisart, t. XXVIII), par MM. Malespine, Merling, Ilif (*Lond. Med. and Surg. Journ.;* avril 1822), etc., la lésion de l'appendice cœcal, qui a été la cause de la maladie, est due à la présence d'un corps étranger. Ce sont des *pepins de melon*, un *haricot,* des *calculs* presque entièrement formés de cholestérine (J. Copland, *App. à la trad. de la Phys. de Richerand;* 1829), des *calculs stercoraux*, et même une simple accumulation de matières fécales endurcies (Merling). Dans certaines circonstances, néanmoins, on voit la lésion de l'appendice cœcal survenir sans cause appréciable : tels sont les cas placés par M. Merling dans sa septième section (*loc. cit.*); c'est surtout alors qu'on observe la *gangrène* de cet appendice; mais aussi quelquefois, on rencontre une simple perforation, ou bien une séparation d'une partie de l'appendice ou de sa totalité, de manière à ce qu'on le trouve nageant dans le foyer, ou qu'il s'échappe par l'intes-

tin, comme je l'ai observé dans un cas dont je parlerai plus tard.

Quant à la manière dont se produit la *perforation du cœcum* lui-même, nous avons des renseignemens beaucoup moins précis. Le docteur Albers attribue à l'accumulation et à l'endurcissement des matières fécales dans le cœcum l'inflammation et parfois l'ulcération de cet organe. Les faits que nous possédons sur ce point sont trop insuffisans pour qu'on puisse résoudre la question, du moins quant à l'ulcération. Ce qu'il y a de certain, c'est que, dans quelques cas, on trouve dans le cœcum une ou plusieurs perforations sans qu'on puisse les attribuer à l'accumulation et à l'endurcissement des matières fécales, et sans qu'il soit permis de leur assigner aucune autre cause connue.

Les *symptômes* auxquels donnent lieu ces lésions soit du cœcum, soit de l'appendice iléo-cœcal, sont des plus vagues. Dans la plupart des cas, les sujets se sont plaints d'un *malaise léger,* avec *diminution de l'appétit* et un peu de *sensibilité du bas-ventre,* mais sans se croire réellement malades.

Enfin il survient *tout à coup* une douleur vive dans la fosse iliaque droite; cette douleur ne s'irradie pas très-loin; elle force la malade à s'arrêter, à se coucher, les traits s'altèrent, le pouls se concentre, il y a une vive anxiété, et bientôt la tumeur inflammatoire est manifeste.

Mais est-il possible de dire, d'une manière très-précise, s'il s'agit d'une perforation du cœcum ou de l'appendice? En consultant les faits, on voit bientôt qu'on ne le peut pas. L'observation nous a, en effet, prouvé que la perforation de l'appen-

dice cœcal peut se faire dans le tissu cellulaire post-péritonéal aussi bien que dans la cavité du péritoine elle-même; et voici comment les choses se passent: L'appendice, primitivement enflammé, contracte des adhérences avec le péritoine qui tapisse la fosse iliaque; puis, dans le lieu de l'adhérence, l'ulcération augmente jusqu'à ce qu'elle ait perforé non-seulement les tuniques de l'appendice, mais encore le feuillet péritonéal auquel adhère ce diverticulum, et que la matière qu'il contient tombe dans le tissu cellulaire iliaque. Or cette perforation donne lieu aux mêmes symptômes que celle du cœcum; de sorte que, à la rigueur, la proposition précédente ne peut être contestée. Cependant il résulte des observations que nous possédons, que la perforation ou la gangrène survenue sans lésion antérieure du cœcum appréciable par nos moyens d'examen, a presque toujours son siége dans l'appendice, et par conséquent, lorsque chez un sujet n'ayant présenté que les légers symptômes signalés plus haut, on verra apparaître la *douleur subite qui marque le début de la tumeur inflammatoire*, avec altération des traits, etc., c'est à une lésion de l'appendice qu'on sera porté à attribuer ces accidens. Au reste, ce diagnostic n'a qu'une importance très-secondaire, car la connaissance du point précis où le mal a commencé ne pourrait changer en rien la conduite du médecin.

Tumeurs dues à une inflammation du tissu cellulaire du bassin, par suite de la perforation d'une cavité naturelle ou accidentelle contenant un liquide. Avant la perforation, le médecin a observé les signes d'une affection siégeant dans un organe creux (ves-

sie, intestin), ou ayant donné lieu à une accumulation de liquide dans une cavité accidentelle (abcès des organes contenus dans le bassin; kystes de l'ovaire); puis *tout à coup* surviennent des symptômes semblables à ceux qui ont été décrits dans le paragraphe précédent, le siége seul étant différent; alors la tumeur inflammatoire existe.

Tumeurs dues à l'extension d'une inflammation d'un organe au tissu cellulaire du petit bassin ou de la fosse iliaque. En pareil cas, l'inflammation primitive de l'organe (métrite; ovarite; bubon, etc.) a donné lieu à des symptômes bien connus, auxquels viennent se joindre *avec plus ou moins de rapidité, mais non brusquement*, ceux de l'inflammation du tissu cellulaire environnant.

Tumeurs dues à une inflammation primitive du tissu cellulaire du petit bassin ou de la fosse iliaque. Ce sont ces tumeurs qui se développent principalement chez les femmes en couches. Ce qu'il y a de remarquable en pareil cas, c'est que, comme dans la *métrite post-puerpérale*, l'affection ne se développe que quelques jours après l'accouchement. C'est, ainsi que l'a constaté M. Grisolle, seulement du troisième au dixième jour après l'accouchement que ces tumeurs commencent à se développer; dans un petit nombre de cas même, elles n'apparaissent que plus tard. Elles n'ont pas le début subit des tumeurs dues à une perforation.

Causes. Si maintenant nous jetons un coup d'œil général sur les causes de ces tumeurs, nous avons à examiner les *causes prédisposantes* et les *causes occasionnelles*, comme dans les autres maladies. Sous

ce rapport, le travail de M. Grisolle nous offre les meilleurs documens.

Causes prédisposantes. C'est de vingt à trente ans que se développent le plus souvent les tumeurs dont il s'agit (plus de la moitié des cas); vient ensuite la période de trente à quarante ans (un quart), puis celle de onze à vingt ans, et enfin celle de quarante à soixante.

Le *sexe* a également une influence très-marquée, si l'on fait abstraction de l'état puerpéral; les tumeurs inflammatoires sont en effet, en pareil cas, plus de quatre fois plus fréquentes chez l'homme. D'après les faits rassemblés par M. Grisolle, l'état puerpéral ne rétablirait même pas l'équilibre; car, en comprenant toutes les conditions précédemment indiquées, on observe la maladie quarante-six fois chez l'homme et vingt-sept fois seulement chez la femme. Ces chiffres sont-ils suffisans? En supposant même que les observations eussent été prises avec la plus grande attention sur un nombre donné de sujets, on pourrait en douter; mais on croira bien moins encore la question résolue, si l'on considère que, dans beaucoup de cas, des abcès du bassin, chez les femmes en couches, peuvent passer inaperçus, et que plusieurs des auteurs à qui on a emprunté ces observations n'ont pu voir qu'un très-petit nombre de femmes dans cette condition. Les médecins qui se sont trouvés mieux placés, et qui ont apporté un grand soin dans l'exploration, ont au contraire constaté que ces affections se montrent particulièrement à la suite de l'accouchement. M. Fauvel a pu, en deux années, recueillir à l'Hôtel-Dieu, chez des femmes, une

vingtaine de cas d'abcès du petit bassin, dont un bon nombre auraient pu passer inaperçus, sans une exploration des plus attentives. Je reviendrai sur ces faits, à propos de la gravité de la maladie.

D'après les faits rassemblés par M. Grisolle, les *primipares* seraient plus exposées que les autres accouchées à l'affection dont il s'agit. Ce fait avait déjà été constaté par M. Piotay.

Ces tumeurs ont été trouvées plus souvent à *droite* qu'à gauche, ce qui tient sans doute à l'influence des lésions du cœcum sur la maladie; car si on ne considère que les tumeurs des femmes en couches, on les trouve plus souvent à *gauche* qu'à droite.

La *constipation* est, d'après quelques auteurs, une cause prédisposante digne d'attention. Nous avons vu plus haut ce qu'on a dit de l'irritation produite par l'accumulation des matières fécales dans le cœcum, sur les parois de cet intestin.

Je ne parle ni des *saisons*, ni du *climat*, ni de la *nourriture*, ni des *professions*, parce qu'on ne sait rien de positif à cet égard.

Causes occasionnelles. Nous avons vu plus haut que les lésions de l'appendice du cœcum et du cœcum lui-même peuvent être produites par la présence de *corps étrangers*, et que c'est là, dans un certain nombre de cas, la cause primitive de toute la maladie; mais la vraie cause occasionnelle de l'affection qui nous occupe est, en pareil cas, la *perforation*. On a cité des cas où un coup, une *chute sur le ventre*, une *violence extérieure* quelconque, ont donné lieu aux tumeurs inflammatoires dont il

s'agit. On a admis, comme causes occasionnelles, l'*action du froid*, les *écarts de régime*, un *excès* quelconque, les malades étant placées sous l'influence des causes prédisposantes que nous avons indiquées. Mais le degré d'action de ces dernières causes est loin d'être rigoureusement déterminé. Enfin il est un certain nombre de cas où l'on ne peut pas découvrir de cause occasionnelle, car les violences exercées dans les manœuvres de l'accouchement, la longueur du travail, etc., ont été plutôt admises comme ayant une influence très-probable, ce qui ne peut être nié, que comme ayant été mises hors de doute par l'observation.

Symptômes. Une fois la tumeur inflammatoire produite, presque tous les symptômes des diverses espèces sont les mêmes. Le siége seul y apporte des modifications importantes.

La *douleur* est ordinairement vive et se montre dès le début. Cependant, parmi les faits rapportés par M. Grisolle, il en est huit dans lesquels ce symptôme ne s'est montré qu'au bout d'un ou plusieurs jours, et quatre malades ne l'ont éprouvé que plus tard. La *douleur spontanée* est variable dans son intensité; chez quelques sujets elle est seulement sourde, gravative; chez la plupart il se joint à cette douleur continue des douleurs lancinantes, pulsatives, qui s'irradient plus ou moins loin dans l'abdomen, la cuisse correspondante, le périnée. Parfois ces parties ne sont le siége que d'un simple engourdissement. On a remarqué assez souvent que les malades ne rapportaient pas le siége de la douleur au point précis occupé par la tumeur inflammatoire, quelques-uns se plaignent de douleur dans tout le ventre ou dans

l'hypogastre, lorsque la région inguinale est le siége du mal.

La *douleur à la pression* donne des renseignemens plus précis encore. Ainsi, dans un point de l'abdomen (la fosse iliaque droite pour les abcès résultant des altérations du cœcum et de son appendice, l'une des deux fosses iliaques, un point de l'hypogastre pour les autres), on détermine par la palpation une douleur vive, ordinairement intolérable, et qui arrache des plaintes au malade. Les secousses de la toux, les mouvemens du tronc, et surtout ceux de la jambe, lorsque l'abcès occupe la fosse iliaque, exaspèrent considérablement la douleur. Aussi les malades tiennent-ils à *demi fléchi le membre inférieur* du côté malade, et redoutent-ils beaucoup les mouvemens d'extension qu'on veut lui communiquer.

Dans les premiers temps on trouve, dans le point occupé par l'inflammation, une *tumeur* un peu dure, rénitente, sans bosselures, sans battemens et sans changement de couleur à la peau. Cette tumeur est d'un volume très-variable; mais en général elle occupe une très-grande étendue et remplit toute une fosse iliaque, sans laisser d'intervalle entre elle et l'os des îles. Dans un cas dû à une perforation du cœcum, et pour lequel j'ai été appelé par M. Manec avec d'autres médecins de la Salpêtrière (le malade étant employé dans cette maison pendant que j'y faisais un service), nous trouvâmes toute la fosse iliaque droite et l'hypogastre, jusqu'à la ligne médiane, occupés par une tumeur résistante, telle que je viens de la décrire. Dans un autre cas que j'ai observé à la Pitié, et qui s'est montré chez une femme en couches, la tumeur dépassait beaucoup cette ligne mé-

diane, et avait par consequent un volume énorme.

Cette tumeur est presque toujours *immobile*, et dans les cas où l'on peut lui imprimer des mouvemens, ceux-ci sont toujours très-bornés.

La *percussion*, pratiquée avec ménagement, donne un son mat dans toute l'étendue de la tumeur, et ce son mat contraste ordinairement avec le son tympanique rendu par les parties environnantes.

Parfois la maladie, après avoir persisté ainsi pendant un temps variable, mais qui n'est pas fort long, se dissipe peu à peu. On voit d'abord la tumeur devenir moins douloureuse, puis diminuer de volume, et finir par disparaître sans laisser de trace, ou ne laisser qu'un petit noyau dur et indolent, qui disparaît lui-même au bout d'un temps plus ou moins long.

Mais le plus souvent les choses se passent autrement; la tumeur *suppure*, et de là des symptômes nouveaux.

Les *signes généraux* qui indiquent la *formation du pus* ne se montrent pas, à beaucoup près, dans tous les cas, ou du moins on ne les a notés, d'après les faits rassemblés par M. Grisolle, que chez un tiers des sujets. Ce sont, comme on sait, des *frissons irréguliers*, une *exacerbation de la fièvre* le soir, des *sueurs générales*, surtout pendant le sommeil.

Les signes locaux sont le ramollissement de la tumeur, la *fluctuation*, la *rougeur* de la peau lorsque le pus a de la tendance à se porter à l'extérieur, et, dans le même cas, une saillie en pointe d'une des parties de la tumeur. Quelquefois même, comme dans un cas que j'ai observé il y a quelques mois

à l'Hôtel-Dieu-Annexe, on voit la peau s'amincir en divers endroits et des saillies se former sur plusieurs points de la tumeur.

Dans un certain nombre de cas qu'il n'est pas encore possible de déterminer, les signes locaux de la suppuration se font remarquer à la fois du côté de l'hypogastre et dans le vagin. En portant le doigt dans le conduit, on sent, en effet, une fluctuation plus ou moins manifeste, et parfois même une saillie fluctuante qui descend jusqu'au milieu du vagin. J'ai entendu M. Barth citer un fait de ce genre à la Société Médicale d'observation. D'autres fois la tumeur, au lieu de conserver son volume en devenant fluctuante, s'affaisse plus ou moins promptement, et alors encore on peut sentir, dans quelques cas, la fluctuation dans le vagin. On voit par là combien il est important de pratiquer le *toucher vaginal* dans tous les cas de tumeur inflammatoire du bassin.

Suivant M. Grisolle, la suppuration serait plus longtemps à s'établir dans ces tumeurs que dans les autres tumeurs inflammatoires qui ont leur siége dans le tissu cellulaire. Mais je crois qu'il faut seulement entendre par là que la fluctuation devient moins promptement appréciable, ce qui s'explique par la profondeur de l'abcès. Ainsi, dans les cas où il y a une perforation d'un organe qui verse dans le tissu cellulaire environnant un liquide septique, on ne peut douter que la suppuration ne se produise très-promptement; et néanmoins, dans le cas cité plus haut, la fluctuation, comme j'ai pu m'en convaincre, ne s'est jamais montrée d'une manière sensible. Or on verra que l'existence d'un abcès n'a pas été douteuse, quoique le malade ait guéri.

Dans d'autres circonstances, la maladie semble vouloir se terminer par résolution ; mais la tumeur ne se dissipe qu'imparfaitement : elle est encore dure, un peu douloureuse, reste ainsi pendant un temps très-long, et finit ensuite par disparaître rapidement. J'ai vu à l'Hôtel-Dieu-Annexe un cas de ce genre. La malade, récemment accouchée, avait présenté tous les symptômes d'une phlegmasie de la fosse iliaque ; au bout de quelques semaines, la douleur se calma un peu, la tumeur diminua et durcit beaucoup, sans avoir présenté de fluctuation. La malade resta ainsi plus de trois mois, ne pouvant pas se lever, parce que les mouvemens du membre inférieur causaient de la douleur dans le point malade. Au bout de ce temps, je constatai, du jour au lendemain, une diminution de plus d'un tiers dans le volume de la tumeur, et en même temps l'écoulement d'un pus blanc, épais, bien lié par le vagin, dont les parois étaient rouges et granulées. L'exploration la plus attentive ne put néanmoins faire découvrir dans ce conduit ni tumeur fluctuante, ni pertuis; mais tout porte à croire qu'il existait une petite ouverture par laquelle s'écoulait le pus; car, à dater de ce moment la tumeur alla rapidement en diminuant, et la malade fut promptement guérie d'une affection qui durait depuis près de cinq mois. Il n'y avait eu, dans ce cas, aucun signe local de suppuration, pas même l'empâtement des tégumens.

Les *symptômes généraux* qui accompagnent ces tumeurs inflammatoires sont en général assez intenses. Dans les cas où il y a une perforation, ils sont très-violens dès le début. La *fièvre s'allume*, le pouls est très-fréquent, ordinairement petit, serré;

il y a souvent du frisson, du froid des extrémités, suivi ensuite d'une chaleur élevée. L'*anxiété* est grande; les douleurs empêchent le malade de dormir; les traits sont altérés. Du côté du *tube digestif*, on a observé quelquefois des *vomissemens bilieux*, des *vomiturition*s, une *soif vive*, une *constipation* qu'il n'est pas cependant difficile de vaincre dans la plupart des cas.

Lorsque l'affection se développe à la suite de l'inflammation d'un organe pelvien, les symptômes généraux préexistans augmentent seulement de violence, et lorsque la tumeur inflammatoire se produit primitivement dans le tissu cellulaire de cette région, le mal, qui se manifeste d'abord par des symptômes locaux allant toujours en augmentant, la *fièvre* s'allume et prend souvent une intensité aussi grande que dans les cas que j'ai cités les premiers. La *constipation* est remarquable, surtout lorsque la tumeur occupe la fosse iliaque gauche ou une partie plus centrale du petit bassin.

Marche; durée; terminaison. La marche de la maladie est presque toujours rapide dans les premiers temps. Puis, ainsi que nous l'avons vu plus haut, elle peut rester sationnaire plus ou moins longtemps, et enfin nous allons voir, en parlant des terminaisons, point des plus importans dans l'histoire des tumeurs inflammatoires du bassin, que les choses se passent très-différemment suivant que la maladie se termine de telle ou telle manière.

La *durée* de la maladie, par suite également de la grande différence des terminaisons, est fort variable. On peut dire néanmoins, d'une manière générale, qu'elle est assez considérable. Les cas où la maladie

se termine par résolution sont ceux dont la durée est la plus courte, et néanmoins les femmes ne sont pas parfaitement rétablies avant deux ou trois semaines. La perforation de l'abcès et le passage du pus dans le péritoine abrége la durée de la maladie, en produisant une péritonite promptement mortelle. Dans tous les autres cas, il faut un ou plusieurs mois pour que la maladie soit terminée.

Terminaisons. Nous avons vu plus haut que la *terminaison* par résolution est la plus rare, et que la tumeur suppure ordinairement. Or, lorsque la tumeur a suppuré, la maladie se termine de diverses manières, qui toutes ont la plus grande importance.

L'*évacuation du pus* peut avoir lieu par plusieurs voies. Ainsi l'*abcès s'ouvre dans l'intestin :* soit dans le cœcum, soit dans l'S iliaque. L'affaissement de la tumeur et la présence du pus dans les selles sont les signes auxquels on reconnaît le passage du pus dans l'intestin. Une diarrhée plus ou moins abondante, avec coliques, quelquefois ténesme, prouve qu'en pareil cas le passage du pus dans le tube intestinal a produit une entérite d'une certaine intensité.

Dans d'autres cas, *le pus se fraye un passage à travers les parois abdominales.* La tumeur devient de plus en plus saillante, la fluctuation est chaque jour plus évidente, la peau s'empâte, rougit, s'amincit, et si une incision ne donne pas issue au pus, il se forme une ou plusieurs ouvertures spontanées par lesquelles l'abcès se vide. On a vu quelquefois le pus fuser assez loin, et l'abcès s'ouvrir à une plus ou moins grande distance de la fosse iliaque.

D'autres fois il se fait une ou plusieurs ouvertures

dans le canal intestinal et à la peau en même temps. En pareil cas, aux signes précédens se joignent la fétidité du pus, sa coloration en jaune ou en brun, son aspect mal lié, et la présence de gaz sous forme de bulles qui viennent crever à l'ouverture de la peau.

On a cité *des cas où le pus s'est échappé en partie par la vessie;* dans l'un d'eux, rapporté par M. Johnson (*Th. méd.-chir., Rew.;* 1836), et cité par M. Grisolle, il y eut envies fréquentes d'uriner, dysurie et même hématurie. Dans les autres, on n'a noté rien de semblable.

Il arrive aussi que *le pus peut sortir par une perforation de l'utérus;* mais les cas de ce genre sont rares et ne présentent pas d'autres signes que l'ouverture de l'abcès dans le vagin.

Cette *ouverture de l'abcès dans le vagin* est fréquente, d'après les faits observés, et même tout porte à croire qu'elle est plus fréquente qu'on ne le pense généralement, parce qu'il faut pour la reconnaître plus d'attention qu'on n'en apporte ordinairement dans l'examen des faits. L'affaissement de la tumeur, un écoulement abondant de matière purulente, épaisse, survenant rapidement, sont les signes auxquels on reconnaît cette terminaison. Dans quelques cas, on a pu découvrir un point fluctuant du vagin avant la perforation; dans d'autres, on a vu le pus sourdre par l'ouverture accidentelle; mais ces cas sont les plus rares. Cette terminaison peut se faire très-longtemps attendre, ainsi que j'en ai vu un exemple que j'ai mentionné plus haut. Dans un cas rapporté par M. Perrochaud (*voy.* Grisolle, *loc. cit.*), l'introduction du spéculum produisit la rupture de

l'extrémité supérieure du vagin et l'écoulement du pus contenu dans la tumeur. M. Bourdon (*loc. cit.*) a rapporté plusieurs faits dans lesquels l'abcès a été vidé par cette voie, à l'aide de l'instrument tranchant.

La terminaison la plus terrible est la *rupture de l'abcès dans le péritoine*. On l'observe plus particulièrement dans les abcès qui ont pour point de départ une lésion du cœcum ou de son appendice. En pareil cas, après avoir suivi toutes les périodes de l'abcès, et être arrivé à la suppuration, on voit apparaître *tout à coup* une douleur excessive dans un point voisin de la tumeur; cette douleur *se propage rapidement à tout l'abdomen*, et la maladie présente les symptômes de la *péritonite suraiguë*, que je n'ai pas à décrire ici.

Dans des cas rares, on a vu la péritonite générale se produire sans perforation, par *simple extension de l'inflammation au péritoine voisin* du foyer purulent.

Lorsque le pus s'est frayé une issue au dehors, la maladie ne saurait être regardée comme terminée heureusement, loin de là. Les accidens indiqués plus haut peuvent se prolonger longtemps, la suppuration persiste, reste abondante, et les malades succomber souvent alors dans le dernier degré de marasme.

Dans quelques cas, la *gangrène* s'empare des parois du foyer, et presque toujours alors la terminaison est funeste. Dans quelques-uns d'entre eux, des lambeaux gangrenés peuvent être expulsés par la voie que s'est frayée le pus. M. Burne en a cité un exemple. Dans le cas que j'ai *indiqué* plus haut, et qui avait

pour sujet un employé de la Salpêtrière, on constata un fait assez curieux pour être mentionné ici. Au bout de quelques jours de phénomènes très-graves, du pus parut dans les selles, et au milieu du liquide *l'appendice du cœcum tout entier*, coupé circulairement à sa base et présentant dans son milieu une petite ulcération ronde. M. Manec à conservé la pièce, qu'on ne peut méconnaître pour l'appendice cœcal. Dès que cette partie fut évacuée, le mieux se manifesta, et le malade s'est parfaitement rétabli.

Après la guérison, il reste dans l'endroit qu'occupait la tumeur un point d'induration qui se dissipe ensuite peu à peu. Chez quelques malades, un œdème parfois très-persistant se montre dans le membre inférieur du côté affecté; l'oblitération plus ou moins complète de la veine iliaque en est sans doute la cause.

Lésions anatomiques. Quoique les lésions anatomiques que laissent après elles les tumeurs inflammatoires aient un très-grand intérêt, je ne ferai qu'indiquer ici ce qu'il est nécessaire que le praticien connaisse.

On trouve soit dans le fond de la fosse iliaque, soit dans les ligamens larges, soit entre l'utérus et le rectum ou l'utérus et la vessie, un foyer purulent dont l'aspect varie suivant une multitude de circonstances. La maladie a-t-elle été causée par la perforation du cœcum, on voit dans la fosse iliaque droite un vaste abcès communiquant avec l'intestin par une ouverture plus ou moins grande, à bords noirâtres, et coupés plus ou moins irrégulièrement. Quelquefois on trouve plusieurs de ces perforations; d'autres fois, au contraire, c'est de dehors en de-

dans que la perforation a eu lieu, et l'abcès primitivement formé s'est vidé dans l'intestin. Dans l'un et l'autre de ces cas, les parois du foyer sont formées par du tissu cellulaire plus ou moins épaissi, dont des lambeaux sont gangrenés, et le liquide qu'elles contiennent est brunâtre, fétide. Dans quelques cas, la perforation s'étant faite du côté du péritoine, on voit un abcès résultant de l'accumulation du pus retenu dans un point de cette cavité par des fausses membranes promptement formées.

Dans les autres cas, on trouve les organes avoisinant l'abcès, et les vaissaux et nerfs qui le traversent, dénudés, ramollis, gangrenés, et le liquide purulent tantôt blanc, tantôt brunâtre, et plus ou moins sanieux. On a suivi des fusées de pus jusque vers la hanche.

Lorsque la maladie est due à la perforation ou à la gangrène de l'appendice cœcal, on trouve ce diverticulum ramolli, noirâtre, ulcéré, en partie détruit, quelquefois entièrement séparé et nageant dans le pus. Dans un cas cité par M. Merling (*loc. cit.*), il était rempli, comme un boudin, de matières fécales endurcies. Dans d'autres, comme je l'ai dit plus haut, on y trouva des corps étrangers. Chez un sujet, il offrait de petites tumeurs squirrheuses.

Enfin, lorsque l'épanchement s'est fait dans le péritoine, on trouve, outre les lésions propres à la péritonite suraiguë, une accumulation de pus fétide, des gaz également fétides, un liquide ayant l'odeur fécale, etc. Quelquefois on a trouvé dans les parois de l'abcès la perforation qui a fait communiquer sa cavité avec celle du péritoine.

Diagnostic. Sans présenter de très-grandes diffi-

cultés, le diagnostic exige une assez grande attention; car il est plusieurs maladies qui peuvent être confondues avec celle dont nous nous occupons ici.

« De toutes les maladies dont les fosses iliaques sont le siége, les *tumeurs stercorales*, dit M. Grisolle (*loc. cit.* p. 295), sont celles qu'on confond le plus souvent avec les inflammations phlegmoneuses. » Mais, ainsi que le fait remarquer cet auteur, il suffit d'un peu d'attention pour éviter l'erreur. Les tumeurs inflammatoires sont unies à leur surface, les tumeurs stercorales sont bosselées. On peut parfois, dans celles-ci, faire cheminer les matières dans l'intestin; elles se sont développées sans fièvre, à la suite d'une constipation opiniâtre. Dans les tumeurs inflammatoires, au contraire, il y a immobilité de la partie tuméfiée, la fièvre existe, et la constipation est la conséquence de la maladie. Il y a d'ailleurs ordinairement une grande différence dans la douleur, qui est beaucoup plus vive dans les tumeurs inflammatoires. Lorsque la fluctuation survient, les doutes, s'il en existait, sont promptement dissipés. On comprend en outre que ces doutes ne pourraient pas s'élever dans tous les cas, dans ceux, par exemple, où, par suite d'une perforation, la douleur apparaît tout à coup et est promptement suivie de la tuméfaction.

Les *tumeurs cancéreuses* de la fosse iliaque peuvent-elles être prises pour un phlegmon? La marche de la maladie empêchera de tomber dans cette méprise. La même réflexion s'applique au diagnostic entre les tumeurs inflammatoires et les *kystes de l'ovaire*.

Quant à l'*ovarite aiguë*, le diagnostic, ainsi que

nous l'avons vu dans un des articles précédens, est plus difficile, surtout au commencement. Je renvoie à cet article pour les détails.

Pour distinguer un *abcès du rein* d'un abcès du tissu cellulaire du bassin, il ne faut pas seulement avoir égard à la position, car l'organe peut être déplacé; mais on doit observer les troubles qui surviennent dans l'excrétion urinaire et les altérations de l'urine (*voy. Néphrite*).

On a vu quelquefois des *péritonites circonscrites* occuper le siége où se montrent ces tumeurs. Mais dans la péritonite circonscrite, la partie saillante et douloureuse est plus ou moins élastique; elle varie d'un moment à l'autre quant aux résultats de la percussion; car, suivant le degré de l'épanchement, et surtout suivant la quantité des gaz emprisonnés dans les anses intestinales, elle est tantôt plus, tantôt moins sonore; or nous avons vu plus haut que rien de semblable ne s'observe dans les tumeurs inflammatoires du bassin.

Je ne parlerai ni des *abcès du foie*, ni des *hernies*, parce que, en réalité, avec un peu d'attention, on n'a pas à craindre de les confondre avec la maladie dont nous nous occupons.

Pronostic. Le pronostic de ces tumeurs inflammatoires est grave, puisque, dans les cas rapportés par M. Grisolle, la mortalité a été de plus d'un quart. Cependant on peut penser que ce chiffre est un peu trop fort, à cause des cas qui, ainsi que je l'ai dit plus haut, peuvent passer inaperçus.

Les tumeurs inflammatoires produites par une perforation intestinale sont, sans contredit, les plus

fâcheuses; viennent ensuite les abcès chez les femmes en couches, quelle que soit leur cause.

Parmi les modes de terminaison que je viens d'indiquer, il en est de plus ou moins graves. Suivant les auteurs, la terminaison par perforation intestinale serait la plus favorable; et Dance a surtout insisté sur ce point, parce que quelques cas de ce genre terminés heureusement se sont présentés à lui. M. Grisolle, qui a tenu compte d'un beaucoup plus grand nombre de faits, ne partage pas cette opinion. La mort, en effet, dans les observations qu'il a rassemblées, a été au moins aussi fréquente à la suite de l'évacuation du pus par l'intestin qu'après l'évacuation du pus par toute autre voie.

L'évacuation du pus à travers la paroi abdominale s'est montrée un peu plus favorable; mais il n'en a pas été ainsi lorsqu'il y a eu à la fois ouverture au dehors et dans l'intestin. Ce cas est un des plus fâcheux.

La sortie du pus par les voies urinaires est aussi fâcheuse; mais il n'est pas prouvé que, comme la précédente, elle le devienne davantage lorsqu'il existe en même temps une ouverture de la paroi abdominale.

Le passage du pus dans le vagin ne serait pas une terminaison heureuse, d'après les faits cités par M. Grisolle; cependant le peu d'accidens que détermine le contact de ce liquide sur la muqueuse vaginale, et la déclivité de l'ouverture, font déjà croire le contraire; et si l'on pense que, de l'aveu des auteurs eux-mêmes, la sortie du pus par le vagin peut être très-facilement méconnue, on admettra difficilement que la gravité de l'expulsion du pus par cette voie

soit un fait démontré. D'ailleurs les faits de ce genre rassemblés par M. Grisolle sont très-peu nombreux, et, par cela même, insuffisans. M. Fauvel ayant, comme je l'ai dit plus haut, observé une vingtaine de cas d'abcès du bassin chez les femmes, a vu que l'issue du pus par le vagin était fréquente, et cependant il n'a vu succomber que deux malades. Malheureusement ces faits intéressans ne sont pas publiés.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que la terminaison par gangrène est fort grave, quoiqu'on ait cité un ou deux faits de guérison après l'expulsion de lambeaux de tissu cellulaire et même de muscles gangrenés.

Traitement. Je n'ai pas de grands développemens à donner au traitement de cette maladie. Les moyens employés par tous les médecins se réduisent à un petit nombre, et n'exigent en général qu'une simple énonciation.

Ce sont d'abord les *émissions sanguines*. La *saignée générale* est ordinairement mise en usage; puis on couvre la tumeur de *sangsues* à une ou plusieurs reprises, suivant les cas. M. Grisolle, qui a étudié avec soin l'effet des émissions sanguines dans cette maladie, a trouvé que leur action, comme moyens propres à prévenir la suppuration, est très-hypothétique, et que certainement, dans la très-grande majorité des cas, elles n'y réussissent pas. Mais elles calment la douleur, elles modèrent la fièvre, et, sous ce rapport, on ne peut se dispenser de les employer assez largement.

Les émissions sanguines doivent être aidées des *applications émollientes*, des *bains*, des *boissons*

délayantes, et d'une *diète sévère* tant que la fièvre persiste.

De *doux laxatifs* sont indiqués pour combattre la constipation; et contre la douleur, lorsqu'elle est très-vive, on prescrit les *narcotiques* et surtout l'*opium*.

Quand la tumeur a de la tendance à s'ouvrir au dehors, on doit donner issue au pus par une *incision* à la paroi abdominale. Mais à quelle époque? voilà ce qu'il est difficile de déterminer. Suivant quelques praticiens, et Dance en particulier, il faut attendre que la peau soit prête à se perforer, ou même la laisser se perforer naturellement. M. Grisolle pense qu'il faut agir plus tôt; et si l'on considère que l'ouverture cutanée, coïncidant avec la rupture de l'abcès dans un organe creux, et surtout dans l'intestin, est une circonstance fâcheuse, on sera de cet avis; car, en agissant un peu plus tôt, on pourra prévenir la perforation intestinale. Dans tous les cas, il faut du moins s'assurer que la peau est adhérente à la paroi de la tumeur, et même attendre qu'il y ait de l'empâtement. On comprend à quels accidens on s'exposerait si on n'agissait pas ainsi. C'est au-dessus et parallèlement à l'arcade crurale qu'il faut ordinairement plonger le bistouri. Si l'abcès était profond, il faudrait diviser couche par couche.

Un autre point par lequel on peut vider l'abcès est la partie supérieure du vagin. M. Bourdon (*loc. cit.*) rapporte plusieurs exemples de terminaison heureuse par ce moyen. Mais si l'on se rappelle ce que j'ai dit à propos de la ponction des kystes dans ce point, on comprendra qu'il n'est pas sans danger

d'agir ainsi. Ce danger n'existerait pas si la fluctuation était très-sensible dans la partie supérieure du vagin, et surtout s'il y avait une saillie de la tumeur dans ce point. Aussi ces cas sont-ils les seuls dans lesquels on doive pratiquer l'opération dont il s'agit.

L'écoulement du pus doit ensuite être favorisé. On donne à l'incision la *position la plus déclive* possible. On place une petite *mèche* entre ses lèvres. On renouvelle fréquemment les pansemens. On fait des *injections* émollientes d'abord, détersives et légèrement excitantes à la fin.

Dans les cas où il survient une *péritonite suraiguë*, le repos absolu et l'*opium à hautes doses* doivent être prescrits, ainsi qu'il a été dit à propos de cette maladie (*voy.* t. VII, *Péritonite*).

FIN DU TOME HUITIÈME

ET DES MALADIES DES VOIES GÉNITO-URINAIRES.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE HUITIÈME VOLUME.

FIN DE LA TABLE DU HUITIÈME VOLUME.

RB 15.4.1983